

**Министерство здравоохранения Российской Федерации**

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего  
образования «Ивановская государственная медицинская академия»  
Институт последипломного образования**

**Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии ИПО**

**Приложение № 1  
к рабочей программе дисциплины**

**Оценочные средства и методические материалы  
для проведения промежуточной аттестации по дисциплине «Психиатрия-наркология»**

Уровень высшего образования:	подготовка медицинских кадров высшей квалификации
Квалификация выпускника:	врач – <i>психиатр-нарколог</i>
Направление подготовки:	<i>31.08.21 «Психиатрия-наркология»</i>
Тип образовательной программы:	Программа ординатуры
Форма обучения:	очная
Срок освоения образовательной программы:	2 года
Код дисциплины:	Б1.Б.1

## 1. Паспорт ОС по дисциплине «Психиатрия-наркология»

### 1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	1, 2, 3 семестры
УК-2	Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	1, 2, 3 семестры
ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	1, 2, 3 семестры
ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	1, 2, 3 семестры
ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов с психическими и поведенческими расстройствами, обусловленными употреблением психоактивных веществ	1, 2, 3 семестры
ПК-8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации	1, 2, 3 семестры
ПК-9	Готовность к формированию у населения пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	1, 2, 3 семестры
ПК-10	Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	1, 2, 3 семестры

### 1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
1.	УК-1	<b>Знает:</b> - основы логики	Комплекты: 1. Тестовых	Зачет с оценкой по

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- философские диалектические принципы</li> <li>- методологию диагноза</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- организовывать лечебно-диагностическую работу по психиатрии-наркологии в условиях диспансера и стационара</li> <li>- правильно (адекватно) использовать нормативные документы здравоохранения, включающие законы, приказы, решения, распоряжения и международные стандарты</li> </ul> <p><b>Владеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- логическим мышлением</li> <li>- способностью к анализу и синтезу</li> </ul>	<p>заданий;</p> <p>2. Ситуационных задач.</p>	<p>модулям дисциплины</p> <p>1 -3 семестры</p>
2.	УК-2	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-культурные особенности этнических меньшинств</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- организовывать лечебно-диагностическую работу по психиатрии-наркологии в условиях диспансера и стационара</li> </ul> <p><b>Владеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- толерантностью восприятия социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий</li> </ul>		
3.	ПК-1	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- теоретические основы, методы и принципы диспансеризации; организационно-экономические основы деятельности учреждений здравоохранения и медицинских работников в условиях бюджетно-страховой медицины; основы социальной гигиены, организации и экономики здравоохранения, медицинской этики и деонтологии</li> <li>- санитарно-гигиенические и профилактические мероприятия по охране здоровья подростков, противоэпидемические мероприятия и эпидемиологию наркологических заболеваний</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- работать с семьей больного алкоголизмом и наркоманией, определить степень созависимости и провести психокоррекционное и психотерапевтическое лечение</li> <li>- проводить санитарно-</li> </ul>		

		<p>просветительную работу по предупреждению употребления и злоупотребления алкоголем и психоактивными веществами, в т.ч. табаком</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- оказывать консультативно-методическую помощь врачам общей медицинской сети здравоохранения по раннему выявлению лиц, злоупотребляющих алкоголем, а также лиц, склонных к употреблению психоактивных веществ</li> <li>- осуществлять профилактику социально-опасных действий больных наркологического профиля</li> <li>- проводить самостоятельный прием наркологических больных в диспансере</li> </ul> <p><b>Владеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- адекватной этиотропной и патогенетической профилактикой наркологических больных</li> </ul>		
4.	ПК-5	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- общие принципы и основные методы клинической, инструментальной и лабораторной диагностики функционального состояния органов и систем человеческого организма</li> <li>- общие и функциональные методы обследования психических больных, возможности инструментальных и специальных методов диагностики</li> <li>- вопросы психопатологического обследования, составление психического статуса, диагностического и терапевтического обследования</li> <li>- основы рентгенологии, краниографии, томографии, МРТ</li> <li>- клиническая симптоматика патологических состояний</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- опросить больного и получить наиболее достоверные сведения об употреблении им алкоголя или психоактивного вещества</li> <li>- правильно и максимально полно собрать анамнез болезни и анамнез жизни наркологического больного</li> <li>- выявить характерные признаки имеющегося наркологического заболевания</li> <li>- провести дифференциальную диагностику заболевания, связанного с</li> </ul>		

		<p>употреблением (злоупотреблением) алкоголя или психоактивного вещества с сходными по клинической картине психотическими состояниями и психическими заболеваниями</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- оценить морфологические и биохимические показатели крови, мочи, ликвора и других биологических сред, данные рентгеноскопии и рентгенографии, ЭКГ, ЭЭГ, ЭХО-графии, КТ и МРТ в диагностике патологического процесса и определении его активности</li> <li>- поставить и обосновать окончательный диагноз</li> <li>- оценить риск и прогноз болезни и жизни при решении вопроса об отнятии наркотика у больного ятрогенной наркоманией</li> <li>- провести экспертизу алкогольного и наркотического опьянения</li> </ul> <p><b>Владеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- методикой расспроса больного</li> <li>- методикой наблюдения за пациентом</li> <li>- методикой сбора анамнестических и катамнестических сведений</li> <li>- методикой психопатологического анализа получаемой информации</li> <li>- методикой использования диагностических и оценочных шкал, применяемых в наркологии</li> </ul>		
5.	ПК-6	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- клинику, дифференциальную диагностику, терапию и профилактику наркологических заболеваний</li> <li>- клинику, дифференциальную диагностику и показания к госпитализации при острых и неотложных состояниях</li> <li>- принципы, приемы и методы психофармакотерапии при наркологических заболеваниях</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- определить показания и осуществить при необходимости неотложную помощь при острых психотических состояниях</li> <li>- оказать помощь при алкогольном опьянении тяжелой степени и остром отравлении алкоголем</li> <li>- оказать помощь при осложнениях активной противоалкогольной терапии</li> </ul>		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- купировать психомоторное возбуждение</li> <li>- провести симптоматическую терапию с учетом особенностей острого и хронического действия алкоголя и психоактивных веществ на внутренние органы и системы организма</li> <li>- купировать абстинентное состояние у больного наркоманией с учетом формы и стадии заболевания</li> <li>- обосновать лечебную тактику при терапии больного алкоголизмом, наркоманией в состоянии постинтоксикации, абстинентного синдрома, острого психоза с сопутствующим поражением сердечно-сосудистой системы, легких, хирургическим вмешательством и т.д.</li> <li>- обосновать показания к назначению больному алкоголизмом, наркоманией психотропных средств (нейролептиков, седатиков, снотворных)</li> <li>- определить показания и провести заместительную терапию или литическое отнятие наркотика больному наркоманией в тяжелом или осложненном абстинентном состоянии</li> <li>- разработать схему обоснованного восстановительного, поддерживающего и противорецидивного лечения больному алкоголизмом и наркоманией</li> <li>- организовать и провести, с учетом современных данных, лечение больным алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией – женщин, лиц молодого возраста, пожилых</li> <li>- участвовать в проведении психотерапевтического лечения (индивидуальная, групповая, семейная психотерапия и др. методы)</li> <li>- определить показания и противопоказания к назначению больному алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией фито- и рефлексотерапии</li> <li>- оценить эффективность лечения, разработать и осуществить мероприятия по предупреждению срывов и рецидивов заболевания</li> <li>- оказать первую врачебную медицинскую помощь при неотложных состояниях и организовать при</li> </ul>		
--	--	--	--

		<p>показаниях транспортировку и госпитализацию в лечебно-профилактическое учреждение</p> <p><b>Владеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- методиками диагностики и подбора адекватной терапии при конкретной патологии</li> <li>- методиками распознавания и лечения неотложных состояний</li> </ul>		
7.	ПК-8	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- применение физиотерапии, лечебной физкультуры и врачебного контроля, показания и противопоказания к пребыванию в специализированных учреждениях</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- разработать схему амбулаторного ведения больного, профилактику обострений после выписки больного из стационара</li> </ul> <p><b>Владеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- дифференцированными методами реабилитации больных</li> <li>- адекватной этиотропной и патогенетической профилактикой больных</li> </ul>		
8.	ПК-9	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- принципы и методы формирования здорового образа жизни</li> <li>- организацию и принцип работы центра социальной реабилитации</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- формировать у пациентов мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</li> </ul> <p><b>Владеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- системой выбора принципов и методов формирования здорового образа жизни</li> </ul>		
9.	ПК-10	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- основы законодательства о здравоохранении РФ и директивные документы органов и учреждений здравоохранения: нормативно-правовые документы, регламентирующие деятельность учреждений здравоохранения; основы скорой и неотложной медицинской помощи, службы медицины катастроф, санитарно-эпидемиологической службы, лекарственного обеспечения населения и</li> </ul>		

	<p><i>ЛПУ</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>правовые аспекты медицинской деятельности</i></li> <li>- <i>основы экспертизы временной нетрудоспособности и медико-социальной экспертизы</i></li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>оформить и вести надлежащим образом медицинскую документацию (истории болезни, амбулаторные карты и др.)</i></li> <li>- <i>правильно (адекватно) использовать нормативные документы здравоохранения, включающие законы, приказы, решения, распоряжения и международные стандарты</i></li> <li>- <i>правильно использовать экономические параметры при оказании медицинских услуг</i></li> </ul> <p><b>Владеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>основными принципами организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях</i></li> </ul>		
--	---	--	--

### **Модули дисциплины:**

- Организация наркологической помощи в РФ. Общие вопросы наркологии (УК-2, ПК-10)
- Методы обследования больных наркологического профиля (УК-1, ПК-5)
- Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
- Зависимость от психоактивных веществ (наркомании и токсикомании) (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
- Лечение алкоголизма. Психотерапия и другие немедикаментозные методы лечения в наркологии (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
- Медицинская психология (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-8, ПК-9)
- Неотложная наркология (УК-2, ПК-1, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
- Профилактика заболеваний наркологического профиля (ПК-1, ПК-8, ПК-9)
- Зависимость от ПАВ у лиц молодого возраста (УК-2, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
- Реабилитация в наркологии (УК-2, ПК-8, ПК-9)
- Основы аддиктологии (УК-1, ПК-5, ПК-9)

## **2. Оценочные средства**

### **2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий**

#### **2.1.1. Содержание.**

С помощью тестовых заданий оцениваются теоретические знания по модулям дисциплины.

#### **2.1.2. Критерии и шкала оценки**

Тестирование проводится на последнем занятии по модулю дисциплины и является допуском к промежуточной аттестации. Тестовый контроль оценивается отметками «зачтено», «не зачтено».

Отметка «зачтено» на этапе тестирования выставляется, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. Ординатор проходит тестирование до получения отметки «зачтено».

## 2.2. Оценочное средство: ситуационные задачи

### 2.2.1. Содержание.

С помощью ситуационных задач оцениваются теоретические знания и умения по модулям дисциплины.

### 2.2.2. Критерии и шкала оценки

Теоретические знания и практические навыки оцениваются баллами по 5-балльной системе. Положительными оценками считаются оценки «отлично», «хорошо» и «удовлетворительно».

Компетенция	Высокий уровень - отлично	Средний уровень- хорошо	Низкий уровень- удовлетворительно	Неудовлетворительно
УК-1	<p><b>Умеет:</b> <u>Самостоятельно и без ошибок абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы</u></p> <p><b>Владеет:</b> <u>Уверенно, правильно и самостоятельно абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы</u></p>	<p><b>Умеет:</b> <u>Самостоятельно абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы, но совершает отдельные ошибки.</u></p> <p><b>Владеет:</b> <u>Самостоятельно абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы</u></p>	<p><b>Умеет</b> <u>Под руководством преподавателя абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы</u></p> <p><b>Владеет:</b> <u>Самостоятельно абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы, но допускает небольшие ошибки.</u></p>	<p><b>Умеет</b> <u>Не способен - абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы</u></p> <p><b>Владеет:</b> <u>Не способен самостоятельно абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы</u></p>
УК-2	<p><b>Умеет:</b> <u>Самостоятельно и без ошибок управляет коллективом, толерантно воспринимает социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия</u></p> <p><b>Владеет:</b> <u>Уверенно, правильно и самостоятельно управляет коллективом,</u></p>	<p><b>Умеет:</b> <u>Самостоятельно управляет коллективом, толерантно воспринимает социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия, но совершает отдельные ошибки.</u></p> <p><b>Владеет:</b> <u>Самостоятельно управляет коллективом, толерантно воспринимает</u></p>	<p><b>Умеет</b> <u>Под руководством преподавателя управляет коллективом, толерантно воспринимает социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.</u></p> <p><b>Владеет:</b> <u>Самостоятельно управляет коллективом, толерантно воспринимает</u></p>	<p><b>Умеет</b> <u>Не способен управлять коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.</u></p> <p><b>Владеет:</b> <u>Не способен самостоятельно управлять коллективом, толерантно</u></p>

	<i>толерантно воспринимает социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.</i>	<i>социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.</i>	<i>социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия, <u>но допускает небольшие ошибки.</u></i>	<i>воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия</i> .
ПК-1	<p><b>Умеет:</b> <u>Самостоятельно и без ошибок</u> осуществляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p> <p><b>Владеет:</b> <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> осуществляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа</p>	<p><b>Умеет:</b> <u>Самостоятельно</u> осуществляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания, <u>но совершает отдельные ошибки.</u></p> <p><b>Владеет:</b> <u>Самостоятельно</u> осуществляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение</p>	<p><b>Умеет</b> <u>Под руководством преподавателя</u> осуществляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p> <p><b>Владеет:</b> <u>Самостоятельно</u> осуществляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование</p>	<p><b>Умеет</b> <u>Не способен</u> осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p> <p><b>Владеет:</b> <u>Не способен</u> осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в</p>

	<p>жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>	<p>возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>	<p>здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания, <u>но допускает небольшие ошибки</u></p>	<p>себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>
ПК-5	<p><b>Умеет:</b> <u>Самостоятельно и без ошибок</u> определяет у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p> <p><b>Владеет:</b> <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> определяет у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы</p>	<p><b>Умеет:</b> <u>Самостоятельно</u> определяет у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, <u>но совершает отдельные ошибки.</u></p> <p><b>Владеет:</b> <u>Самостоятельно</u> определяет у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний,</p>	<p><b>Умеет</b> <u>Под руководством преподавателя</u> определяет у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем,</p> <p><b>Владеет:</b> определяет у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические</p>	<p><b>Умеет</b> <u>Не способен</u> определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.</p> <p><b>Владеет:</b> <u>Не способен</u> самостоятельно определяет у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы</p>

	заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем,, <u>но допускает небольшие ошибки.</u>	заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.
ПК-6	<p><b>Умеет:</b> <u>Самостоятельно и без ошибок</u> ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании наркологической медицинской помощи</p> <p><b>Владеет:</b> <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании наркологической медицинской помощи</p>	<p><b>Умеет:</b> <u>Самостоятельно</u> ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании наркологической медицинской помощи, <u>но совершает отдельные ошибки.</u></p> <p><b>Владеет:</b> <u>Самостоятельно</u> ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании наркологической медицинской помощи</p>	<p><b>Умеет:</b> <u>Под руководством преподавателя</u> ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании наркологической медицинской помощи.</p> <p><b>Владеет:</b> <u>Самостоятельно</u> ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании наркологической медицинской помощи, <u>но допускает небольшие ошибки.</u></p>	<p><b>Умеет:</b> <u>Не способен</u> к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании наркологической медицинской помощи обследования.</p> <p><b>Владеет:</b> <u>Не способен</u> самостоятельно вести и лечить пациентов, нуждающихся в оказании наркологической медицинской помощи</p>
ПК-8	<p><b>Умеет:</b> <u>Самостоятельно и без ошибок</u> применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p> <p><b>Владеет:</b></p>	<p><b>Умеет:</b> <u>Самостоятельно</u> применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении, <u>но совершает отдельные ошибки.</u></p> <p><b>Владеет:</b></p>	<p><b>Умеет:</b> <u>Под руководством преподавателя</u> применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p>	<p><b>Умеет:</b> <u>Не способен</u> применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p>

	<p><u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> применяет природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p>	<p><u>Самостоятельно</u> применяет природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p>	<p><b>Владеет:</b> <u>Самостоятельно</u> применяет природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении, <u>но допускает небольшие ошибки.</u></p>	<p><b>Владеет:</b> <u>Не способен</u> применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p>
ПК-9	<p><b>Умеет:</b> <u>Самостоятельно и без ошибок</u> формировать у пациентов мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p> <p><b>Владеет:</b> <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> системой формирования у пациентов мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих выбора принципов и методов формирования здорового образа жизни</p>	<p><b>Умеет:</b> <u>Самостоятельно</u> формировать у пациентов мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p> <p><b>Владеет:</b> <u>Самостоятельно</u> системой формирования у пациентов мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих выбора принципов и методов формирования здорового образа жизни</p>	<p><b>Умеет:</b> <u>Под руководством преподавателя</u> формировать у пациентов мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p> <p><b>Владеет:</b> <u>Самостоятельно</u> системой формирования у пациентов мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих выбора принципов и методов формирования здорового образа жизни <u>но допускает</u></p>	<p><b>Умеет:</b> <u>Не способен</u> формировать у пациентов мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p> <p><b>Владеет:</b> <u>Не способен</u> пользоваться системой выбора принципов и методов формирования здорового образа жизни</p>

			<u>небольшие ошибки.</u>	
ПК-10	<p><b>Умеет:</b> <u>Самостоятельно и без ошибок</u> применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.</p> <p><b>Владеет:</b> <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.</p>	<p><b>Умеет:</b> <u>Самостоятельно</u> применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях, <u>но совершает отдельные ошибки.</u></p> <p><b>Владеет:</b> <u>Самостоятельно</u> применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.</p>	<p><b>Умеет</b> <u>Под руководством преподавателя</u> применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.</p> <p><b>Владеет:</b> <u>Самостоятельно</u> применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях, <u>но допускает небольшие ошибки.</u></p>	<p><b>Умеет</b> <u>Не способен</u> применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.</p> <p><b>Владеет:</b> <u>Не способен</u> самостоятельно применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.</p>

### 2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания.

Собеседование по ситуационным задачам проводится во время промежуточной аттестации. По каждому контролируемому модулю предлагается одна ситуационная задача. Оценка за собеседование по ситуационной задаче определяется как средняя арифметическая оценок за выполненные задания к задаче.

### 3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине

До зачета по модулю дисциплины допускаются ординаторы, получившие отметку «зачтено» за выполнение тестовых заданий.

Итоговой оценкой за зачет по модулю является оценка за собеседование по ситуационной задаче.

## МОДУЛЬ: ОРГАНИЗАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РФ. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ НАРКОЛОГИИ

### Тестовые задания Контролируемые компетенции: УК-2, ПК-10

#### **Задание #1**

*Вопрос:*

Термин “наркотик” применим:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) к тем веществам или лекарственным средствам, которые признаны законом наркотическими
- 2) ко всем веществам или лекарственным средствам, способным вызывать зависимость
- 3) и к тем, и к другим
- 4) ни к тем, ни к другим

#### **Задание #2**

*Вопрос:*

Пациент с алкогольным параноидом при госпитализации в наркологический стационар не дает определенного отказа или согласия на госпитализацию. Следует ли такую госпитализацию расценивать как добровольную?

*Выберите один из 3 вариантов ответа:*

- 1) Да.
- 2) Нет.
- 3) На усмотрение врача.

#### **Задание #3**

*Вопрос:*

При наличии у больных психическим заболеванием алкогольной зависимости они должны проходить лечение:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) в психиатрическом стационаре;
- 2) в специализированном учреждении;
- 3) в наркологическом диспансере;
- 4) в любом месте в зависимости от состояния;
- 5) в психиатрическом диспансере.

#### **Задание #4**

*Вопрос:*

Синдром физической зависимости от наркотика включает все перечисленное, кроме

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) компульсивного влечения
- 2) способности достижения физического комфорта в интоксикации
- 3) абстинентного синдрома
- 4) утраты контроля над дозой
- 5) социальных последствий наркотизации

#### **Задание #5**

*Вопрос:*

О роли эйфории в развитии наркоманий свидетельствуют все перечисленные утверждения, исключая

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) применение в качестве наркотика вещества с положительным действием на психику
- 2) увеличение доз наркотика (повышение толерантности)
- 3) введение наркотика наиболее эффективным путем
- 4) немедикаментозные способы усиления действия наркотика
- 5) применение нейролептиков для усиления действия наркотика

### **Задание #6**

*Вопрос:*

Пациент с алкогольным параноидом ранее наблюдался в диспансерной группе, затем был переведен в группу лечебно-консультативного наблюдения в связи с отсутствием психоза и ремиссией. От родственников поступили сведения о том, что больной неделю назад возобновил употребление алкоголя, стал возбужденным, агрессивным, испытывает страх, перестал выходить из дома, с кем-то разговаривает. Ваши действия:

*Выберите один из 3 вариантов ответа:*

- 1) Освидетельствовать немедленно без обращения в суд.
- 2) Обратиться в суд за получением санкции на освидетельствование.
- 3) Решение об освидетельствовании принять на комиссии врачей-психиатров-наркологов.

### **Задание #7**

*Вопрос:*

Является ли разглашением врачебной тайны сообщение о состоянии психического здоровья врачом-наркологом государственного наркологического учреждения частнопрактикующему врачу-наркологу?

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) Да.
- 2) Нет.
- 3) Нет, если получено согласие самого пациента на это.
- 4) Да, если пациент не дает на это согласия

### **Задание #8**

*Вопрос:*

У больного, перенесшего острый интоксикационный психоз вследствие однократного употребления алкоголя и вдыхания паров бензина 5 лет назад, наблюдается устойчивая психопатоподобная симптоматика. Определите вид амбулаторной помощи.

*Выберите один из 2 вариантов ответа:*

- 1) Консультативно-лечебная.
- 2) Диспансерное наблюдение.

### **Задание #9**

*Вопрос:*

В задачи стационарных наркологических отделений входит:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) оказание специализированной лечебно-диагностической помощи;

- 2) купирование психозов, связанных с потреблением психоактивных веществ;
- 3) недобровольное лечение наркологических больных в соответствующих случаях;
- 4) все перечисленное

### **Задание #10**

*Вопрос:*

На прием к детскому наркологу учителем школы доставлен ученик 12 лет в связи с тем, что был обнаружен дышащим клеем «Момент» в школьном туалете. Врач-нарколог должен:

*Выберите один из 3 вариантов ответа:*

- 1) Освидетельствовать школьника.
- 2) Отказать в освидетельствовании.
- 3) Получить согласие родителей или законных представителей на освидетельствование.

### **Задание #11**

*Вопрос:*

Пациентка наблюдается наркологом амбулаторно с диагнозом: деменция, связанная с употреблением барбитуратов. Синдром зависимости от барбитуратов, 3 стадия. Определите вид амбулаторной помощи:

*Выберите один из 2 вариантов ответа:*

- 1) Консультативно-лечебная.
- 2) Диспансерное наблюдение.

### **Задание #12**

*Вопрос:*

Система ощущений, переживаний, суждений, определяющих отношение человека к болезни, называется:

*Выберите один из 3 вариантов ответа:*

- 1) Защитным механизмом.
- 2) Диссимуляцией.
- 3) Внутренней картиной болезни.

### **Задание #13**

*Вопрос:*

С какого возраста Закон предусматривает право самостоятельно обратиться за наркологической помощью?

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) С 14 лет.
- 2) С 15 лет.
- 3) С 16 лет.
- 4) С 18 лет.
- 5) С 21 года

### **Задание #14**

*Вопрос:*

Больной перенес интоксикационный психоз после приема большой дозы алкоголя в сочетании с какими-то таблетками, завершил лечение в наркологическом стационаре, и был выписан здоровым. Определите вид амбулаторного наблюдения.

*Выберите один из 3 вариантов ответа:*

- 1) Лечебно-консультативное.
- 2) Диспансерное наблюдение.
- 3) Иное.

### **Задание #15**

*Вопрос:*

На прием к наркологу обратилась мать 13-летней дочери с жалобами на изменившееся поведение дочери. Стала непослушной, раздражительной, без причины меняется настроение. Времена становятся странной, как будто одурманенной, уловила необычный запах от одежды девочки. Отец ребенка занимает по отношению к освидетельствованию наркологом нейтральную позицию. Как следует поступить врачу-наркологу?

*Выберите один из 3 вариантов ответа:*

- 1) Освидетельствовать ребенка.
- 2) Освидетельствовать ребенка после получения согласия отца.
- 3) Получить согласие на освидетельствование ребенка согласие органа опеки и попечительства.

### **Задание #16**

*Вопрос:*

Имеет ли право на получение бесплатной лекарственной помощи пациент с диагнозом героиновой зависимости, если он не является инвалидом и наблюдается в диспансерной группе наблюдения?

*Выберите один из 3 вариантов ответа:*

- 1) Да, имеет.
- 2) Нет, не имеет.
- 3) На усмотрение врача.

### **Задание #17**

*Вопрос:*

Правовые акты, направленные против наркоманий, принимаются на всех перечисленных уровнях, кроме

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) уголовного законодательства РФ
- 2) соответствующей статьи Закона о здравоохранении
- 3) правовых актов минздравмедпрома РФ
- 4) постановлений исполкомов, территориальных округов

### **Задание #18**

*Вопрос:*

В задачи наркологического диспансера входит:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) выполнение диагностической, лечебно-реабилитационной деятельности;
- 2) лечебно-консультативная работа;
- 3) экспертиза алкогольного опьянения.
- 4) все перечисленное

### **Задание #19**

*Вопрос:*

Функциональные обязанности участкового врача психиатра-нарколога предполагают все перечисленное, кроме:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) осуществление лечебно-диагностической помощи больным алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями;
- 2) ведение регистрационной, учетной и отчетной документации;
- 3) оказание консультативной помощи больным, врачам общей лечебной сети участка обслуживания;
- 4) проведение санитарно-просветительной работы;
- 5) повышение уровня квалификации врачей общей сети.

### **Задание #20**

*Вопрос:*

Профилактическому учету не подлежат:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) лица, замеченные в единичных случаях употребления токсикоманических веществ;
- 2) лица, у которых были зарегистрированы отдельные случаи немедицинского употребления наркотических средств;
- 3) больные алкоголизмом с длительной ремиссией;
- 4) бытовые пьяницы;

### **Задание #21**

*Вопрос:*

На прием к наркологу обратились соседи 68-летнего Н. с просьбой о его освидетельствовании, указав, что Н. не может себя обслуживать, забывает выключать воду, газ, выходит на мороз раздетым. Сообщили, что Н. долгие годы злоупотребляет алкоголем, употребляет суррогаты, засыпает пьяным на улице. Примите решение:

*Выберите один из 3 вариантов ответа:*

- 1) Освидетельствовать Н. недобровольно без санкции суда.
- 2) Освидетельствовать Н. недобровольно после получения санкции суда.
- 3) Сообщить о ситуации в орган опеки и попечительства.

### **Задание #22**

*Вопрос:*

Пациент в возрасте 14 лет с синдромом зависимости от ЛОВ после госпитализации в наркологический стационар потребовал сообщить ему его диагноз. \_\_\_ Имеют ли он право на такую информацию?

*Выберите один из 3 вариантов ответа:*

- 1) Да.
- 2) Нет.
- 3) Только с согласия родителей.

### **Задание #23**

*Вопрос:*

Сведения о больном, находящемся на лечении в наркологической клинике, по телефону можно предоставить:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) Начальнику отдела кадров.
- 2) Участковому милиционеру.
- 3) Работнику прокуратуры.
- 4) Всем перечисленным.
- 5) Никому.

#### **Задание #24**

*Вопрос:*

Пациент синдромом алкогольной зависимости во время запоя совершает действия, приносящие имущественный вред членам его семьи (пропивает вещи, продает квартиру). От госпитализации в наркологический стационар он отказывается, родственники настаивают на госпитализации. Применима ли в данном случае недобровольная госпитализация?

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) Да.
- 2) Нет.
- 3) На усмотрение врача.
- 4) Только по заявлению родственников.

#### **Задание #25**

*Вопрос:*

Работа кабинета анонимного лечения осуществляется таким образом, что на обратившегося:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) не заводится письменная мед. документация;
- 2) заводится медицинская амбулаторная карта по общим правилам;
- 3) письменная документация заводится по усмотрению обратившегося;
- 4) заводится медицинская карта без указания фамилии и адреса обратившегося;
- 5) никакой письменной документации не заводится.

#### **Задание #26**

*Вопрос:*

Врачу-наркологу поступило заявление от соседей Н. по коммунальной квартире. В заявлении указано, что Н. ежедневно употребляет алкоголь, напивается до выраженного опьянения, опохмеляется, ведет себя агрессивно, нецензурно бранится, дерется, угрожает физической расправой. Ваши действия:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) Освидетельствовать немедленно без обращения в суд.
- 2) Обратиться в суд за получением санкции на освидетельствование.
- 3) Решение об освидетельствовании принять на комиссии врачей-психиатров.
- 4) Отказать в освидетельствовании.
- 5) Запросить дополнительную информацию.

#### **Задание #27**

*Вопрос:*

Участковому врачу-наркологу поступило заявление от матери о том, что ее сын злоупотребляет алкоголем, вымогает деньги, требует защитить его от преследователей, не спит ночами, прячется за занавесками от преследователей. Ваши действия:

*Выберите один из 3 вариантов ответа:*

- 1) Провести недобровольное освидетельствование немедленно.

- 2) Освидетельствовать после получения санкции суда.
- 3) Освидетельствовать после заключение комиссии врачей-психиатров-наркологов.

### **Задание #28**

*Вопрос:*

Компульсивное влечение к наркотику характеризуется всеми перечисленными признаками, кроме

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) неодолимости
- 2) чрезвычайной интенсивности
- 3) специфичности
- 4) несобранности, рассеянности больного
- 5) аффективной напряженности

### **Задание #29**

*Вопрос:*

На прием к детскому наркологу обратилась мать 12-летнего ребенка с жалобами на плаксивость, беспокойный, с кошмарами ночной сон. Обнаружила у сына использованные тюбики от клея «Момент». Отец ребенка категорически отказывается от освидетельствования ребенка наркологом. Как должен поступить врач-нарколог?

*Выберите один из 3 вариантов ответа:*

- 1) Освидетельствовать ребенка с согласия матери.
- 2) Освидетельствовать ребенка после получения согласия обоих родителей.
- 3) Освидетельствовать ребенка с согласия органа опеки и попечительства.

### **Задание #30**

*Вопрос:*

Получены сведения об ухудшении состояния психического здоровья пациента хроническим алкогольным галлюцинозом, состоящего под диспансерным наблюдением. Ваши действия:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) Освидетельствовать пациента после получения санкции суда.
- 2) Отказать в освидетельствовании пациента.
- 3) Получить согласие родителей или законных представителей на освидетельствование.
- 4) Освидетельствовать после решения комиссии врачей-наркологов.
- 5) Освидетельствовать пациента в обязательном порядке.

### **Задание #31**

*Вопрос:*

Родственники обратились к врачу наркологу в связи с ухудшением состояния психического здоровья пациента алкогольной зависимостью с изменениями личности, состоящего под консультативным наблюдением. Ваши действия:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) Освидетельствовать пациента на общих основаниях.
- 2) Освидетельствовать после разрешения суда
- 3) Получить согласие родителей или законных представителей на освидетельствование.
- 4) Освидетельствовать после решение комиссии врачей-наркологов.
- 5) Освидетельствовать пациента в обязательном порядке.

### **Задание #32**

*Вопрос:*

Термин “наркотическое” средство включает в себя следующие критерии

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) медицинский
- 2) социальный
- 3) юридический
- 4) все перечисленные

### **Задание #33**

*Вопрос:*

Врачебные комиссии наркологических диспансеров решают следующие задачи:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) определение наличия или отсутствия медицинских (наркологических) противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности;
- 2) направление больных на медико-социальную экспертизу;
- 3) экспертизы алкогольного или наркотического опьянения;
- 4) все перечисленное

### **Задание #34**

*Вопрос:*

Больной алкогольной зависимостью 2 стадии, алкогольным бредом ревности был госпитализирован в наркологический стационар и потребовал от лечащего врача сообщить ему диагноз. Больной агрессивно настроен к жене, критика к психическим расстройствам отсутствует. Обязан ли врач-нарколог в данном случае информировать пациента о состоянии его психического здоровья?

*Выберите один из 3 вариантов ответа:*

- 1) Да.
- 2) Нет.
- 3) Нет, но с последующим обязательным информированием по мере улучшению психического состояния пациента.

### **Задание #35**

*Вопрос:*

Пациент выписан из наркологического стационара с диагнозом: синдром алкогольной зависимости 2 стадии с расстройством личности. Определите вид амбулаторной помощи:

*Выберите один из 2 вариантов ответа:*

- 1) Консультативно-лечебная.
- 2) Диспансерное наблюдение.

### **Задание #36**

*Вопрос:*

Пациенту установлен диагноз: деменции, связанной с употреблением алкоголя, синдром алкогольной зависимости, ремиссия 1 год. Он признан инвалидом 2 группы инвалидности. Определите вид амбулаторной наркологической помощи.

*Выберите один из 2 вариантов ответа:*

- 1) Консультативно-лечебная.
- 2) Диспансерное наблюдение.

### **Задание #37**

*Вопрос:*

К специфическим наркоманическим синдромам относятся все перечисленные, кроме синдрома

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) измененной реактивности
- 2) психической зависимости
- 3) физической зависимости
- 4) последствий злоупотребления наркотиками

### **Задание #38**

*Вопрос:*

Мотивами потребления наркотиков чаще всего являются

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) удовлетворение любопытства
- 2) желание отвлечься от будничных трудностей
- 3) необходимость признания “своим” в микрогруппе
- 4) желание испытать новые ощущения
- 5) все перечисленные

### **Задание #39**

*Вопрос:*

Пациент, страдающий алкогольной зависимостью с изменениями личности и легкими когнитивными расстройствами, признанный судом ограниченно дееспособным, в период отсутствия попечителя оформил в наркологическом стационаре доверенность на получение денежных средств иному лицу. Главный врач больницы удостоверил данную доверенность. Правомерно ли он поступил?

*Выберите один из 3 вариантов ответа:*

- 1) Да.
- 2) Нет.
- 3) Да, если было получено согласие органа опеки и попечительства.

### **Задание #40**

*Вопрос:*

Нравственно-этическая деградация наркомана проявляется

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) паразитическим образом жизни
- 2) разрывом связи с семьей и друзьями, эмоциональным уплощением
- 3) утратой желания трудиться
- 4) эгоцентризмом
- 5) всем перечисленным

## **Ситуационные задачи**

### **Задача №1**

Больной Б. 54 лет, строитель, житель районного центра.

В областную психиатрическую больницу поступил впервые с жалобами на пониженный фон настроения, слабость, вялость, утомляемость, головные боли, снижение памяти, ухудшение сообразительности.

Мать страдала психическими расстройствами в возрасте 65 лет покончила с собой. Завершённый суицид совершили дед и его брат по материнской линии. Родился здоровым, развивался соответственно возрасту, хорошо адаптировался, окончил 9 классов общеобразовательной школы, в 13-летнем возрасте началось состояние, которое продолжалось около двух лет и характеризовалось болями в животе, слабостью. Был пониженный фон настроения, чувство безрадостности. В связи с плохим самочувствием перестал посещать школу. Был ипохондричен, лечился у педиатров по поводу какого-то заболевания желудочно-кишечного тракта. (Медицинская документация не сохранилась.) Хотя впоследствии чувствовал себя здоровым, был признан негодным к службе в армии по соматическому заболеванию. Работал столяром. Справлялся. Пользовался уважением на работе, был спокойным, уверенным в себе человеком. Состоял в браке, имеет двоих взрослых детей, жена злоупотребляла алкоголем, 3 года назад пропала без вести.

На протяжении многих лет часто употреблял алкоголь – до нескольких раз в неделю или запоев по 2-3 дня. Толерантность выросла до 1 бутылки водки в день, сформировался алкогольный абстинентный синдром. Около 5-ти лет алкоголизацию полностью прекратил в связи с головными болями.

Несколько лет страдает гипертонической болезнью, церебральным атеросклерозом. На протяжении последних трёх лет беспокоят боли в области промежности, обследовался у уролога, патологии не выявлено. Испытывает тревогу, мысли о заболевании раком. Наблюдается слабость, утомляемость, головные боли и головокружения. Снизилась концентрация внимания, сообразительность, память. Перестал справляться с работой. Стал неуверенным, переживал свою несостоятельность, снизился аппетит, наблюдалась повышенная сонливость. Лечился в региональной психиатрической больнице с диагнозом: субдепрессивно-ипохондрический синдром с незначительным снижением личности сосудистого генеза. Проводилась терапия антидепрессантами, ноотропами, вазоактивными препаратами. Эффекта не было.

В отделении медлителен, лицо грустное, считает себя больным, не трудоспособным. Описывает потерю интереса к окружающему, «хотя должен бы беспокоиться о детях и внуках».

Данные психологического исследования. Ограниченный объём внимания, затруднено его переключение, снижен процесс запоминания, психическим процессам свойственна инертность, заторможенность. Интеллектуальные способности невысокие, но грубого снижения нет. Прослеживаются элементы установочного поведения, стремление показать своё интеллектуально-мнестическую несостоятельность.

Заключение терапевта: гипертоническая болезнь.

Заключение невролога: Дисциркуляторная энцефалопатия, 2ст.

Данные компьютерной томографии мозга: выявлены признаки атрофического поражения мозга.

Задание:

1. Назовите возможные проблемы общения с пациентом и пути их решения (УК-2).
2. Назовите основные принципы организации психиатрической помощи в данном клиническом случае (ПК-10).

#### Задача №2

Больной К., 32 лет, охранник колледжа. Поступил в психиатрическую больницу 2-й раз. Отец злоупотреблял алкоголем. Родился здоровым, развивался соответственно возрасту. Окончил общеобразовательную школу, автотранспортный колледж, работает там же охранником. Справляется. Успешно отслужил в армии. 10 лет состоит в браке. Отношения ровные, имеет ребенка. Занимается восточными единоборствами. Спокойный, уравновешенный, общительный. Последние годы выпивал до нескольких раз в неделю, иногда по 2-3 дня подряд. Чаще пиво в

больших количествах, реже водку. Толерантность до 0,5 литра водки в день, снизился количественный контроль. Появились похмельные состояния в виде потливости, сердцебиений, болей в сердце, пониженного настроения.

Полгода назад у больного неожиданно для него, внезапно умер отец. Тяжело переживал эту смерть, настроение было сниженным, но старался «крепиться». Стал интересоваться мистической литературой, в том числе о загробной жизни, стал религиозным, посещал церковь. Настроение было стойко сниженным. Через 40 дней возникла тревога. А затем периоды подавленности стали сменяться периодами экзальтации с восторгом и «любовью к ближним».

Всё чаще думал о том, что он грешник и должен очистить себя от грехов. На кисти была давняя татуировка с изображением чертёнка, стал думать о том, что это отражает наличие в нем «дьявольского начала». Заметив полученные во время тренировки синяки на теле, расценил их как следствие «порчи». Однажды во время посещения церкви у больного внезапно возникло приятное восторженное состояние, которое он назвал «трансом». Видел как лучи от горящих свечей взметнулись вверх и образовали над ним купол, заметил, что «бабушки в церкви» молились на него. Стал думать, что Бог обратил на него внимание, в душе у него что-то открылось. Появилась мысль, что он необычный человек, отмеченный богом. Периоды восторженности сменялись периодами пониженного настроения с чувством греховности. Отмечал плохой сон, боли в сердце, снижение аппетита («как при похмелье»). Чтобы «изгнать из себя дьявола», выжечь татуировку, жёг кисти рук на батарее. Получил тяжёлые ожоги. Был в экстренном порядке госпитализирован в психиатрическую больницу. При поступлении несколько дней был напряжён, тревожен, негативистичен. Не отвечал на вопросы.

Терапевт и невролог патологии не выявили. При психологическом исследовании нарушений психических функций не обнаружено.

После лечения нейрорепрессантами и антидепрессантами стал спокоен, настроение выровнялось. С критикой рассказал о болезненных переживаниях. Был выписан домой.

Дома чувствовал себя хорошо 4 дня, перестал принимать лекарства. Затем стал подолгу застывать, пристально смотрел на электрическую лампочку, не разговаривал с родными. Был повторно госпитализирован. В отделении был то возбужден, то застывал, много резонерствовал, рассуждал о «добре и зле». Замечал, что в отделении разыгрываются необычные события, как спектакль, все подстроено, исполнено особого значения.

Было переживание «как во сне», когда с другом «путешествовал в космосе». Описывал устройство космического корабля.

После лечения нейрорепрессантами стал вялым, пассивным. Формально отвечает на вопросы, с частичной критикой оценивает свои переживания.

Задание:

1. Назовите возможные проблемы общения с пациентом и пути их решения (УК-2).
2. Назовите основные принципы организации психиатрической помощи в данном клиническом случае (ПК-10).

### Задача №3

Больная Л., 28 лет, инвалид 2 группы по хирургическому заболеванию. Родилась в двойне, брат страдает эпилепсией, инвалид с детства. Росла возбудимой, лживой, упрямой. В школе училась плохо, ленилась, и интереса к занятиям не было, не имела и других интересов. Близких подруг не имела. Из 9 класса была отчислена в связи с неуспеваемостью. 10 лет не работала, жила с матерью и братом. В течение всей жизни была к матери очень привязана. Несколько лет назад родные устроили её гладильщицей в баню, через 5 дней работы попала правой рукой в гладильную машину, получила тяжёлую травму кисти, лечилась у хирургов. Все эти годы «вела разгульный образ жизни». Устраивала дома пьянки, собирала на них случайных и малознакомых людей. Мать (соматически больную и беспомощную женщину) и брата запирала на это время в комнате. Соседи несколько раз вызывали милицию в связи с шумом и скандалами. Пила запоями по несколько дней, опохмелялась, пропивала пенсию. Часто находилась в состоянии выраженного алкогольного

пьянения. Дома обслуживала себя полностью. Имела многочисленные сексуальные связи случайного характера в состоянии опьянения.

3 месяца назад у матери резко ухудшилось состояние, у больной в это время был запой и мать госпитализировали спустя несколько дней. После этого стала тревожной, звонила родным, спрашивала, «правда ли, что она убила мать», «правда ли, что она заразила мать сифилисом», угрожала взорвать квартиру. Говорила, что хочет «уйти вместе с матерью. «Была возбуждена, разбила дома окна, открыла газовые краны, все залила воспламеняющимися жидкостями, подожгла, в квартире начался пожар. Нанесла себе несколько поверхностных ножевых ранений в живот. Когда приехали пожарные и милиция, сидела в комнате с растерянным видом, односложно отвечала на вопросы. Была госпитализирована в хирургическое отделение, где вела себя неадекватно. Ни с кем не общалась, разговаривала сама с собой. В больнице узнала о смерти матери, на похоронах не была. После выписки дома испытывала страх, не могла оставаться одна, слышала вокруг голоса родственников, угрозы, комментирование её действий. Ощущала присутствие матери в квартире. Постепенно голосов становилось больше, они «ругали и хвалили её», стала замечать, что люди на улице следят за ней, «хотят сделать что-то нехорошее», считала, что за ней ведётся слежка дома, кто-то знает её мысли, раздражали телевизор и холодильник, ощущала неопределённое воздействие «от электричества». В связи с таким состоянием была госпитализирована. При поступлении была возбуждена, говорила, что «лучом считывают мысли». В отделении около месяца сохранялось ощущение неопределённого воздействия, «голоса», ощущала тревогу и неприятные предчувствия.

Соматической и неврологической патологии выявлено не было.

ЭЭГ и Эхо-ЭГ без патологии.

Психолог определил лёгкое ослабление внимания и снижение продуктивности мнестической функции.

После терапии нейрорепрессантами и антидепрессантами симптоматика купировалась, относилась к переживаниям с формальной критикой. Была выписана домой.

Задание:

1. Назовите возможные проблемы общения с пациентом и пути их решения (УК-2).
2. Назовите основные принципы организации психиатрической помощи в данном клиническом случае (ПК-10).

#### Задача №4

Больной Л., 43-х лет, прапорщик. В течение года находился в психиатрической больнице на принудительном лечении.

Наследственность не отягощена. Окончил медучилище, успешно служил в морской пехоте, работал медбратом. Последние годы служит фельдшером в воинской части. Был женат, от брака двое детей. 8 лет назад в течение месяца участвовал в боевых действиях в Чечне, тогда получил черепно мозговую травму с потерей сознания, обстоятельств её не помнит, за помощью не обращался. Первое время беспокоил шум в голове, головные боли, потом всё прошло. 4 года назад несколько месяцев служил в Югославии, там получил письмо от друга с сообщением, что жена ему изменяет. С тех пор постоянно думал о неверности жены. Со службой справлялся хорошо, но в последние годы стал недисциплинированным, имел взыскания за употребление алкоголя, невыходы на работу. Стал вспыльчивым. Около 10 лет систематически злоупотребляет алкоголем, утратил количественный контроль, толерантность повысилась до 1 литра водки в день, часто возникали амнестические формы опьянения, в абстиненции тремор, бессонница, интенсивное влечение к спиртному. Из-за пьянства и скандалов в семье брак распался 3 года назад, но продолжал навещать жену, постоянно скандалил, ссорился, ревновал, надеялся восстановить семейные отношения. В течение 1,5 лет стал замечать изменившееся к нему отношение со стороны сослуживцев и окружающих, замечал на улице подозрительных людей, которые за ним следили, сослуживцы «со скрытой целью» расспрашивали о его жизни, выведывали, проверяли, считал, что начальство хочет лишить его обещанной квартиры. Устраивали ему провокации, специально на улице подсылали женщин, внешне похожих на жену, чтобы «подставить» его, проверить, не фиктивный ли у него

брак. Несмотря на расторжение брака, продолжал ревновать жену, в качестве доказательств приводил такие «факты», как, например, позднее возвращение жены домой. Считал, что за всеми провокациями и слезками стоит жена. В состоянии алкогольного опьянения и похмелья эпизодически слышал невнятные мужские голоса, которые говорили о неверности жены, смеялись над ним. В состоянии опьянения, придя к жене, услышал мужской голос в её квартире, понял, что жена изменяет, нанёс ей два ножевых ранения в спину. Был привлечён к уголовной ответственности, признан невменяемым, около года находился в психиатрической больнице на принудительном лечении. В отделении был раздражителен, когда разговор касался значимых для него тем, мышление становилось вязким, обстоятельным, становился эмоционально напряжённым, подробно рассказывал о ревности, преследовании. Был подозрителен, тревожен, говорил, что в отделении «подсадные утки», они «выведают», настороженно воспринимал визиты сослуживцев. Терапевтом диагностирована язвенная болезнь 12-перстной кишки вне обострения.

Заключение невролога: Токсическая и посттравматическая энцефалопатия.

После проведённой терапии болезненная симптоматика полностью купировалась. Влечение к алкоголю отрицал, строил реальные планы, собирался прекратить встречаться с прежней женой, неприязни к ней не испытывал. Из армии был комиссован. Принудительное лечение прекращено.

Задание:

1. Назовите возможные проблемы общения с пациентом и пути их решения (УК-2).
2. Назовите основные принципы организации психиатрической помощи в данном клиническом случае (ПК-10).

## **МОДУЛЬ: МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

### **Тестовые задания**

#### **Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-5**

#### **Задание #1**

*Вопрос:*

Анамнестические данные о начале приобщения к алкоголю позволяют судить:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) об изначальной толерантности;
- 2) об особенностях клиники состояния острой интоксикации алкоголем;
- 3) о реактивности организма к алкоголю;
- 4) о степени прогрессивности алкоголизма;
- 5) о мотивах употребления алкоголя

#### **Задание #2**

*Вопрос:*

Изложение в анамнезе данных о психической или характерологической патологии должно отвечать следующим требованиям:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) излагаться описательным способом;
- 2) отражаться в хронологической последовательности;
- 3) использования объективных данных;
- 4) использования субъективных данных;
- 5) верно все.

### **Задание #3**

*Вопрос:*

Анамнестические сведения собирают, соблюдая принцип получения данных:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) от настоящего к прошлому;
- 2) от прошлого к настоящему;
- 3) о настоящем состоянии больного;
- 4) не только о болезни, но и о жизни больного.
- 5) о жизни родственников больного;

### **Задание #4**

*Вопрос:*

Намеренное усиление и демонстрация признаков имеющегося в действительности расстройства в расчете на получение выгод и льгот называется:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) Симуляцией.
- 2) Анозогнозией.
- 3) Аггравацией.
- 4) Диссимуляцией.
- 5) Регрессией.

### **Задание #5**

*Вопрос:*

Основным в диагностике психических расстройств является метод

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) Рентгенологический
- 2) Электроэнцефалографический
- 3) Клиническо-психопатологический
- 4) Генеалогический
- 5) Экспериментально-психологический

### **Задание #6**

*Вопрос:*

Система ощущений, переживаний, суждений, определяющих отношение человека к болезни, называется:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) Защитным механизмом.
- 2) Диссимуляцией.
- 3) Внутренней картиной болезни.
- 4) Внешней картиной болезни
- 5) Анозогнозией

### **Задание #7**

*Вопрос:*

Механизм психологической защиты, когда пациент невольно забывает неприятные факты, называется:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) Регрессией.
- 2) Расщеплением.
- 3) Вытеснением.
- 4) Конверсией.
- 5) Сублимацией.

**Задание #8**

*Вопрос:*

Неспособность понять болезненный характер своего поведения и высказываний, отсутствие чувства болезни называется:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) Гипернозогнозией.
- 2) Анозогнозией.
- 3) Симуляцией.
- 4) Аггравацией.
- 5) Гипонозогнозией

**Задание #9**

*Вопрос:*

При опросе подростков, страдающих зависимостью от ПАВ, приемлемо:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) общение в форме непринужденной беседы;
- 2) обсуждение тем, интересующих подростка;
- 3) отсутствие видимой схемы опроса;
- 4) обращение на «ты»;
- 5) верно все.

**Задание #10**

*Вопрос:*

Ведущим методом изучения наркологических больных является:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) Психологическое исследование.
- 2) Психоанализ.
- 3) Клинический метод.
- 4) Лабораторные методы
- 5) Инструментальные методы

**Задание #11**

*Вопрос:*

Лабораторная диагностика наркоманических зависимостей включает в себя применение следующих методов

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) радиоиммунных
- 2) ферментных
- 3) тонкослойной хроматографии
- 4) газовой масс-спектрометрии
- 5) всех перечисленных

## **Задание #12**

*Вопрос:*

К генетическим методам исследования, применяемым в наркологии, относятся:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) изучения приемных детей;
- 2) близнецовый;
- 3) цитогенетический;
- 4) изучения полусибсов.

### **Ситуационные задачи**

#### **Задача № 1**

Алексей Г., 17 лет. Мать страдает хроническим алкоголизмом, отец также склонен к выпивкам. Три года назад родители разошлись - подросток сам захотел жить с отцом. Окончил 8 классов, учился посредственно. По своему желанию поступил учеником повара в ресторан на вокзале. Полгода назад был ушиб головы с потерей сознания. Еще с 13 лет в компании подростков стал выпивать. Последние два года регулярно и интенсивно алкоголизировался уже в малознакомых компаниях. Уже год как сам стал инициатором выпивок (почти ежедневно после работы в ресторане). Раньше предпочитал вино, теперь стал пить водку - до 0,5 л и более на прием. В опьянении всегда «радостное настроение», очень общителен, легко заводит знакомства. Последние полгода исчез рвотный рефлекс на передозировку. Отдельные события во время опьянения стали выпадать из памяти. Например, не помнит, кому, будучи пьяным, «подарил» свой паспорт. Дважды пьянствовал непрерывно по несколько дней - на работе прогулы покрывали.

За день до поступления в психиатрическую клинику в состоянии опьянения по предложению малознакомого подростка принял несколько каких-то таблеток на букву «ц». Последующую ночь дома не мог уснуть - сперва снились страшные сны, а потом не спал, слышались какие-то странные шорохи, за окном увидел «парней в цветных куртках», один из них кричал, что убьет его. Боялся, что с ним «расправятся». Наутро все прошло, понял, что мерещилась чепуха, пошел на работу, где в этот день ему была сделана прививка поливакциной. Вечером дома поднялась температура. Помнит, что горела голова, остужал ее под холодным душем. О последующем рассказывает путанно. Не помнит, как оказался в больнице, но красочно рассказывает о ярких зрительных галлюцинациях: видел парней, которые договаривались с ним расправиться: за окном увидел приятелей, видел, как они бросили ему в окно пачку сигарет (очень хотелось курить), искал на полу сигареты - не мог найти. Слышал мужской голос, грозивший его убить. Больницу сперва принял за милицию.

После инъекции аминазина сразу уснул и наутро проснулся без психотических явлений с полной критикой к пережитому. Несмотря на астению, быстро перезнакомился с подростками, потянулся к асоциальным и сразу стал лидером среди них.

В беседе был общителен, живо рассказывал о своих выпивках и о пережитых галлюцинациях. Признался, что работать в вокзальном ресторане ему надоело - «каждый день одно и то же» - ^очет перейти в вагон-ресторан, чтобы поехать по стране. Половая жизнь с 15 лет - случайные связи. Жениться не желает - «хочу погулять на свободе». С отцом отношения хорошие.

Физическое развитие с умеренной акселерацией.

При неврологическом осмотре - без отклонений.

На ЭЭГ - умеренные диффузные изменения.

При патохарактерологическом обследовании с помощью ПДО по шкале объективной оценки установлена склонность к диссимуляции личностных отношений и диагностирован гипертимный тип. Отмечена очень высокая психологическая склонность к алкоголизации. Самооценка - удовлетворительная: по шкале субъективной оценки достоверно выступили гипертимные черты,

отрицаются черты сенситивные и выявлена амбивалентность в отношении черт неустойчивого типа.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).

#### Задача № 2

Сергей С. 17 лет. Из благополучной семьи. До 13 лет учился удовлетворительно, увлекался боксом и борьбой. В 13 лет - бурное половое созревание, стал непослушным, заявил, что ему «все надоело», стал прогуливать школу и проводить время в уличных компаниях. С трудом окончил 8 классов и поступил в ТУ (выбрал, где попроще - без среднего образования). С 14 лет начал выпивать в компании подростков. Сразу потянуло «пить до отключения». Пьяным становился злобным, со всеми лез в драку, бил ни за что своих же приятелей, отца, девушек, с которыми сожительствовал. Признался, что готов избить любого, кто на глаза попадет. В 15 лет был условно осужден за нанесение побоев в пьяном виде. Несмотря на это, продолжал пьянствовать и драться. За последний год появились отчетливые палимпсесты, исчез рвотный рефлекс на передозировку алкоголя, заметно возросла толерантность («начал-с полбутылки вина, а теперь по 700 г водки выпиваю в раз»). Ничем, кроме выпивки, не интересуется. С трудом окончил ТУ, работает слесарем спустя рукава, часто прогуливает. К родителям стал относиться безразлично: не навещал в больнице тяжелобольную мать. Никаких планов на будущее не строит. Весь заработок пропивает, живет на средства отца. Имеет «свою компанию», в которой заправляет. Дважды попадал в вытрезвитель. Недавно сам явился в психиатрический диспансер с просьбой «подлечиться от алкоголизма». В психиатрической клинике держался развязно, был требователен к персоналу, сразу стал верховодить среди асоциальных подростков, обижал более слабых.

В беседе охотно дал сведения о своей алкоголизации. Утверждал, что вынужден опохмеляться по утрам, но явлений абстиненции при поступлении не обнаружил. Признался, что половой жизнью живет с 14 лет - случайные связи, в том числе со взрослыми женщинами, которые вели аморальный образ жизни. Говорил о своих сожительницах с грубой циничностью, рассказал, что отнимал у них небольшие суммы денег на выпивки. Какие-либо нарушения, кроме бывших в пьяном виде драк, отрицал. Подчеркивал, что за ним «ничего не числится». Отвечал неторопливо, осмотрительно. В дальнейшем выяснилось, что в пьяном виде на работе избил мастера и решил укрыться от ответственности в психиатрическую больницу.

При осмотре - атлетическое телосложение при среднем росте, приземистая фигура; отмечена легкая асимметрия лицевой иннервации и коленных рефлексов. На ЭЭГ - без отклонений.

При патохарактерологическом обследовании с помощью ПДО по шкале объективной оценки диагностирован эпилептичный тип с резко выраженной склонностью к алкоголизации и делинквентности. Самооценка - недостаточная: по шкале субъективной оценки каких-либо черт достоверно не выявлено, отрицаются черты меланхолического и сенситивного типа.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).

### Задача № 3

Владимир О., 15 лет. Вырос в асоциальной семье: отец осужден на длительный срок, мать страдает алкоголизмом, ведет аморальный образ жизни. Сведения о детстве скудные. Известно, что до 10 лет держался ночной энурез. В школе с первого класса труден, возбудим, бил детей, отнимал у них деньги и приглянувшиеся ему вещи. С 11 лет забросил учебу, время проводил в уличных компаниях, связался со взрослыми преступниками, участвовал в кражах, начал выпивать. Комиссией по делам несовершеннолетних был помещен в специальную школу-интернат. Оттуда за 4 года совершил 9 побегов, всякий раз его разыскивала и возвращала милиция. В 14 лет во время побега скрывался около двух месяцев у какой-то женщины-алкоголички, с которой сожительствовал. Пойманный, заявил в милиции, что он якобы совершил убийство и указал место, где спрятал труп. Там были обнаружены следы крови. Признался, что обманул, что там просто была драка, а он надеялся, что его самого повезут на это место, и обдумал, как по дороге совершить побег. В специальном интернате неоднократно бывал наказан за драки с другими воспитанниками. Обнаружил гомосексуальные склонности. Ненавидел воспитателя своей группы. Подкараулил его в мастерской и ударил молотком по голове - нанес тяжелую травму. Был направлен на обследование в психиатрическую клинику.

В клинике держался напряженно, настороженно, но вскоре стал преследовать слабых, издеваться над ними, склоняясь к развратным действиям. Был переведен на отделение для взрослых со строгим надзором. Во время беседы угрюм, осмотрителен в ответах. Рассказал, что в возрасте 11 лет, гоня голубей, упал с крыши двухэтажного здания, потерял сознание, но мать к врачу не обратилась. После этого падения стало иногда качивать во время езды на транспорте. Курит и выпивает с 11 лет. Любит напиваться до полного отключения («пока не отрублюсь»). В опьянении часто «разбирает злоба», срывает ее на первом встречном, жестоко бьет. Однажды, когда рядом никого не было, «от злости всадил себе в ногу перочинный нож» - показал рубец на голени. Своего воспитателя в интернате называет пьяницей и садистом. Ударил его из мести - перед этим на общем собрании группы этот воспитатель "его «назвал таким словом, что все хохотали». В поступке своем не раскаивается. Никаких планов на будущее не строит, ничем никогда не увлекался, близкого друга не имел («может выдать»), не влюблялся.

Физическое развитие по возрасту, среднего роста и крепкого телосложения. На теле несколько рубцов - следы ожогов и вытравленных татуировок - содержания их не раскрыл. Сохранены две татуировки - знак «зона» на ноге и собственное имя - на руке. Со стороны неврологического статуса и на ЭЭГ - без отклонений.

При патохарактерологическом обследовании с помощью ПДО по шкале объективной оценки диагностирован резко выраженный эпилептоидный тип, имеется указание на возможность формирования психопатии этого типа. Отмечена высокая склонность к алкоголизации и делинквентности, резко выраженная реакция эмансипации и высокий В-индекс (указание на возможность изменений характера вследствие резидуального органического поражения головного мозга). Самооценка - неверная: по шкале субъективной оценки выступили шизоидные и психастенические черты. Катамнез через 2 года. Находится в воспитательно-трудовой колонии

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).

### Задача № 4

Алексей Л., 16 лет. Отца не помнит - тот оставил семью, когда сын был маленьким. По словам матери, отец был вспыльчивым, гиперсексуальным, «несколько раз после скандалов резал себе вены». Мать лечилась у психиатра от «колебаний настроения», год назад совершила суицидную попытку, приняв большую дозу прописанного ей amitriptylina.

Во время беременности был токсикоз, угрожающий выкидыш. Развивался без задержки, но был крикливым, возбудимым. В 6 лет ушиб головы с потерей сознания. В школе учился удовлетворительно, но был недисциплинированным и очень драчливым. Рос под неусыпным надзором матери, бабушки и дяди, которого побаивался и не любил. Довольно успешно занимался спортом.

В 14 лет по окончании 8 классов поступил в техникум. В тот же год - бурное половое созревание. Влюбился в красивую однокурсницу, вступил с ней в половую связь, она от него забеременела и когда сделала аборт, то объявила о полном разрыве с ним. Когда услышал от нее об этом, «вдруг охватила страшная тоска, захотелось что-то с собой сделать». Уйдя от нее, в малолюдном месте гвоздем вскрыл себе вену. Истекающего кровью, прохожие отвели его в травматологический пункт. Там объявил, что случайно напоролся на гвоздь - после перевязки его отпустили домой.

С этого времени начал выпивать. Сразу обнаружил, что может пить до отключения - рвоты не бывает. Вскоре вступил в связь с другой приятельницей, но «в душе любил прежнюю». С матерью из-за его сожительницы возникали скандалы. В гневе стал неудержим - дома разбил зеркало, бил стекла в окнах, посуду. Грозил матери броситься из окна. Связался с асоциальной компанией, участвовал в угоне автомобиля. Был условно осужден. Вскоре после этого пришел домой с окровавленной головой. Уверял, что якобы получил травму, играя в футбол. Стал чаще выпивать, забросил занятия в техникуме. Несколько раз был задержан милицией пьяным за участие в драках. Суд снял отсрочку исполнения приговора и постановил отправить его в воспитательно-трудовую колонию. Тогда мать увезла его в другой город и укрывала у знакомых. Через месяц сбежал оттуда («скучно стало»), намереваясь явиться в милицию. Собрал у себя дома приятелей и приятельниц, устроил пьянку («провода в колонию»). Напившись, заперся в ванной и вскрыл себе вены. Когда взломали дверь, был обнаружен без сознания, истекающим кровью.

В психиатрической больнице в первые дни мрачен, угрюм, молчалив, держался в стороне от подростков. После инфекции аминазина смягчился.

В беседе выяснилось, что последние 2 года появились состояния, когда «что-то хочется с собой сделать». Эти состояния иногда возникают после неприятностей, иногда без причин, часто после выпивки. В эти моменты не раз наносил себе порезы, прижигал себя папиросой. Во время последнего опьянения «вдруг стало так невыносимо, что захотелось умереть» - поэтому в ванной нанес себе несколько глубоких порезов на руке. Уверяет, что не чувствовал боли, когда себя резал. Когда очнулся, рад был, что остался жив. Во время осмотра суицидные мысли отрицал, готов был отбыть положенный срок в колонии.

Физическое развитие с умеренной акселерацией. На руках и ногах множество рубцов - следы мелких порезов, прижиганий, выведенных татуировок. На руке вытатуированы намогильный крест (символ «безотцовщины»), факел (один из эмансипационных символов) и собственные инициалы.

При неврологическом осмотре отмечено, что правое глазное яблоко отставало при конвергенции, имелаась легкая асимметрия лицевой иннервации и коленных рефлексов. При патохарактерологическом обследовании с помощью ПДО по шкале объективной оценки диагностирован эпилептоидный тип, имеется указание на возможность формирования психопатии этого типа; отмечена выраженная склонность к алкоголизации и делинквентности, а также к нонконформизму. Самооценка - неверная и противоречивая: по шкале субъективной оценки достоверно выступают гипертимные и психастенические черты, отвергаются черты сенситивные.

Катамнез через полтора года. Находится в воспитательно-трудовой колонии.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).

## **МОДУЛЬ: ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ВЫЗВАННЫЕ УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ**

### **Тестовые задания**

**Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9**

#### **Задание #1**

*Вопрос:*

Алкогольная зависимость у больных туберкулезом легких проявляется:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) высокой прогрессивностью;
- 2) более тяжелыми клиническими проявлениями;
- 3) резистентностью к проводимой терапии
- 4) спонтанными ремиссиями;
- 5) позитивной мотивацией на терапию, как алкоголизма, так и туберкулеза.

## **Задание #2**

*Вопрос:*

В структуре патологического влечения к алкоголю наиболее специфическими компонентом является:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) идеаторная компонента;
- 2) эмоциональная;
- 3) поведенческая;
- 4) вегетативная;
- 5) соматоневрологическая.

## **Задание #3**

*Вопрос:*

Для постоянной формы злоупотребления алкоголем с высокой толерантностью характерно все кроме:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) ежедневное употребление алкоголя в течение многих недель и даже месяцев;
- 2) наличие высокой толерантности, превышающей изначальную в 3-5 раз;
- 3) вынужденное прекращение пьянства в связи с обострением соматических заболеваний.
- 4) наличие тяжелых форм синдрома отмены;
- 5) появление в 1 ст. заболевания.

## **Задание #4**

*Вопрос:*

Для алкогольной комы характерно

*Выберите несколько из 5 вариантов ответа:*

- 1) нарушение сознания и резкое снижение мышечного тонуса;
- 2) понижение температуры тела и появление цианоза;
- 3) повышение тонуса сердечно-сосудистой системы;
- 4) двигательное возбуждение.

## **Задание #5**

*Вопрос:*

Для патологического опьянения характерно:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) внезапность, острота и транзиторность психотического эпизода;
- 2) импульсивность характера разрушительных действий;
- 3) сумеречное расстройство сознания;

- 4) кризисное разрешение глубоким сном с последующей амнезией и астенией.
- 5) все перечисленное

### **Задание #6**

*Вопрос:*

К основным клиническими проявлениями алкогольного абстинентного синдрома относят:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) влечение к алкоголю с целью опохмеления;
- 2) расстройства в сфере памяти
- 3) аффективно-вегетативные проявления;
- 4) судорожные состояния;
- 5) психосенсорные расстройства.

### **Задание #7**

*Вопрос:*

Идеаторная компонента актуализации патологического влечения к алкоголю проявляется:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) ощущением вкуса алкоголя на корне языка;
- 2) отрицанием или преуменьшением собственного пьянства и убежденностью в возможности контролировать употребление алкоголя;
- 3) потребностью во всем противоречить окружающим;
- 4) эмоциональной лабильностью

### **Задание #8**

*Вопрос:*

Легкая степень острой алкогольной интоксикации характеризуется всем перечисленным, кроме

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) ощущением психического и физического комфорта;
- 2) повышением речедвигательной активности;
- 3) легким нарушением координации движений;
- 4) замедлением ассоциативного процесса;
- 5) ощущением физического комфорта.

### **Задание #9**

*Вопрос:*

Эмоциональная компонента актуализации патологического влечения к алкоголю проявляются: - отчетливыми мыслями об алкоголе;

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) эмоциональной лабильностью, раздражительностью
- 2) размышлениями о неизбежности употребления алкоголя;
- 3) воспоминаниями о приеме алкоголя
- 4) стремлением к деятельности, снимающей напряжение.

### **Задание #10**

*Вопрос:*

К основным критериям, определяющим состояние острой алкогольной интоксикации (простое алкогольное опьянение), относят:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) изменения в эмоциональной сфере и функциональные изменения моторики;
- 2) изменение ассоциативного процесса и восприятия окружающего;
- 3) наличие неврологических и вегетативных нарушений или изменений;
- 4) характерный запах алкоголя изо рта,
- 5) все перечисленное

### **Задание #11**

*Вопрос:*

Для больных алкогольной зависимостью наиболее характерны следующие динамические варианты злоупотребления алкоголем:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) перемежающаяся форма пьянства;
- 2) систематическое злоупотребление алкоголем;
- 3) дипсомания;
- 4) псевдозапой;
- 5) эпизодическое употребление,

### **Задание #12**

*Вопрос:*

Для алкогольного изменения личности наиболее специфичным является:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) аффективные расстройства;
- 2) психопатоподобные симптомы;
- 3) стойкое снижение памяти и интеллекта;
- 4) морально-этическое снижение;
- 5) утрату критического отношения к злоупотреблению алкоголем и самому себе.

### **Задание #13**

*Вопрос:*

Клиническая структура патологического влечения к алкоголю включает в себя компоненты:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) аффективную;
- 2) поведенческую;
- 3) идеаторную;
- 4) вегетативную;
- 5) все перечисленное

### **Задание #14**

*Вопрос:*

Для симптома снижения толерантности у больных алкогольной зависимостью характерно:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) урежение частоты приема алкоголя;
- 2) переход на напитки с более низким содержанием алкоголя;
- 3) снижения разовой дозы алкоголя при сохранении суточной;
- 4) появление на этапе 2-3 ст. заболевания;
- 5) все верно.

### **Задание #15**

*Вопрос:*

К клиническим проявлениям спонтанно возникающего первичного патологического влечения к алкоголю с борьбой мотивов относятся:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) появление сомнений в собственных силах и возможностях «устоять» перед соблазном выпить;
- 2) появление навязчивых мыслей об алкоголе особенно в ситуациях, противоречащих его употреблению в силу морально этических моментов.
- 3) беспричинная раздражительность;
- 4) страх перед приближающимся «срыве»;
- 5) желание почувствовать перемену.

### **Задание #16**

*Вопрос:*

Для симптома тотальной амнезии, возникающей у больных алкогольной зависимостью, характерно:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) появление на ранних (1-2, 1 ст.) заболевания;
- 2) выпадение из памяти значительного периода состояния опьянения;
- 3) запоминание финальных сцен алкогольного эксцесса;
- 4) появление при употреблении только высоких доз алкоголя.

### **Задание #17**

*Вопрос:*

Высокий темп прогрессивности алкогольной зависимости наблюдается у больных

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) начавших злоупотреблять алкоголем в подростковом возрасте;
- 2) имеющих нарушение углеводного обмена;
- 3) с низкой успеваемостью в школе
- 4) с преморбидными проявлениями гипотимии.

### **Задание #18**

*Вопрос:*

Для симптома нарастающей толерантности у больных алкогольной зависимостью характерно:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) переход на употребление алкогольных напитков с более высоким содержанием алкоголя;
- 2) появление во 2ст. заболевания;
- 3) появление тяжелых степеней состояния опьянения;
- 4) частое присутствие наркотических амнезий в картинах опьянения.

### **Задание #19**

*Вопрос:*

Толерантность к алкоголю в большей степени зависит:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) от технологии изготовления алкогольной продукции.
- 2) от частоты употребления алкоголя;
- 3) от функционального состояния организма;
- 4) от изначальной активности альдегидоксилирующих ферментов;

5) от возраста и пола индивидуума.

### **Задание #20**

*Вопрос:*

Клинически пароксизмальный вариант первичного патологического влечения к алкоголю проявляется:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) внезапностью;
- 2) крайней интенсивностью влечения к алкоголю;
- 3) частичной редукцией идеаторного компонента влечения к алкоголю;
- 4) неожиданностью для больного.
- 5) все верно

### **Задание #21**

*Вопрос:*

Механизм роста толерантности к алкоголю у больных алкогольной зависимостью объясняется:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) напряжением и адаптацией стрессовых гормонов;
- 2) адаптацией к алкоголю барбитуровых рецепторов мембраны клетки;
- 3) адаптацией к алкоголю ГАМК рецепторов мембраны клетки;
- 4) адаптацией к алкоголю бензодиазепиновых рецепторов мембраны клетки;
- 5) активизацией альдегидокисляющих ферментов.

### **Задание #22**

*Вопрос:*

Наличие палимпсестов в состоянии опьянения у больных алкогольной зависимостью наиболее характерно:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) для 1ст. заболевания;
- 2) для 2-3 ст. заболевания;
- 3) для 3 ст. заболевания;
- 4) для 2 ст. заболевания;
- 5) для 1-2ст.

### **Задание #23**

*Вопрос:*

Наиболее злокачественным вариантом синдрома алкогольной зависимости является:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) Женский.
- 2) Мужской.
- 3) Различий нет.
- 4) Подростковый
- 5) Вопрос спорный.

### **Задание #24**

*Вопрос:*

Высокий темп прогрессивности алкогольной зависимости чаще наблюдается у больных:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) выросших без родителей;
- 2) имеющих нарушение углеводного обмена;
- 3) перенесших в раннем детстве черепно-мозговую травму с кратковременной потерей сознания;
- 4) с наследственной отягощенностью алкоголизмом родителей
- 5) с умеренно выраженными проявлениями гипотимии в преморбиде.

### **Задание #25**

*Вопрос:*

Для начальных проявлений алкогольной зависимости (1 ст. заболевания) характерно;

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) 2-3 кратный рост толерантности в сравнении с изначальной;
- 2) нарушение сна;
- 3) выраженные изменения состояний опьянения;
- 4) появление так называемого «симптома критической дозы»

### **Задание #26**

*Вопрос:*

Определение понятия «первичное патологическое влечение к алкоголю» соответствует утверждению:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) неспособность больного прекратить употребление спиртных напитков в пределах алкогольного эксцесса, независимо от изначальной выпитой дозы и ситуации;
- 2) неодолимая потребность больных продолжить выпивку после определенной дозы
- 3) потребность к употреблению алкоголя на фоне соматоневрологических и психических расстройств после алкогольного эксцесса.
- 4) активное стремление больных алкогольной зависимостью к употреблению алкоголя вне интоксикации;
- 5) потребность к употреблению алкоголя на фоне аффективных расстройств.

### **Задание #27**

*Вопрос:*

Для III стадии синдрома алкогольной зависимости наиболее типичны все перечисленные признаки, исключая

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) первичное патологическое влечение к алкоголю с характером неодолимости
- 2) утрату ситуационного контроля
- 3) снижение толерантности к алкоголю
- 4) наличие интеллектуально-мнестических нарушений
- 5) псевдозапой

### **Задание #28**

*Вопрос:*

Низкий темп прогрессивности алкогольной зависимости отмечается у больных:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) с высоким уровнем образования;
- 2) начавших злоупотреблять алкоголем в зрелом возрасте;
- 3) употребляющих алкоголь с низким содержанием вредных примесей;

- 4) без грубых неврологических расстройств
- 5) без грубых соматических расстройств.

### **Задание #29**

*Вопрос:*

Для 2ст. алкогольной зависимости (развернутой) характерно:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) присутствие тотальных амнезий;
- 2) появление спонтанно возникающего, без борьбы мотивов, патологического влечения к алкоголю;
- 3) формирование алкогольной деградации;
- 4) появление развернутого абстинентного синдрома;
- 5) формирование истинных запоев.

### **Задание #30**

*Вопрос:*

В клинической структуре алкогольного абстинентного синдрома наиболее специфичным является:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) расстройство сна;
- 2) аффективные проявления;
- 3) вегетативные расстройства;
- 4) вторичные формы влечения к алкоголю;
- 5) комплекс соматоневрологических расстройств.

### **Задание #31**

*Вопрос:*

Алкогольные изменения личности включают в себя все перечисленное, за исключением

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) стойких изменений памяти и интеллекта
- 2) игнорирования этических норм
- 3) расстройства мышления в виде разорванности
- 4) психопатоподобных проявлений
- 5) утраты критического отношения к злоупотреблению алкоголем и своему состоянию

### **Задание #32**

*Вопрос:*

У больных алкогольной зависимостью поведенческая компонента при актуализации патологического влечения к алкоголю проявляется:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) затруднениями в профессиональной деятельности;
- 2) дисфориями;
- 3) нарушениями сна
- 4) размышлениями о неизбежности употребления алкоголя;
- 5) раздражительностью.

### **Задание #33**

*Вопрос:*

Для актуализации первичного патологического влечения к алкоголю с характером неодолимости свойственно:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) состояние тревоги
- 2) ощущение вкуса спиртного во рту, посасывания в желудке;
- 3) появление навязчивых мыслей об алкоголе, носящих характер борьбы мотивов;
- 4) смутное ожидание беды;

### **Задание #34**

*Вопрос:*

Для средней степени острой алкогольной интоксикации характерно, все перечисленное, кроме

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) функциональные нарушение моторики;
- 2) замедление ассоциативного процесса;
- 3) однообразность представлений и трудности в переключении внимания, дизартричность речи;
- 4) затруднение ассоциативного процесса
- 5) выраженные соматические расстройства.

### **Задание #35**

*Вопрос:*

Актуализация ситуационно обусловленного первичного патологического влечения к алкоголю в значительной степени проявляется:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) стойкими навязчивыми мыслями об алкоголе;
- 2) повышенной двигательной активностью и суетливостью при появлении алкогольных раздражителей» или ситуаций связанных с алкоголем;
- 3) беспричинной раздражительностью;
- 4) эмоциональной лабильностью;
- 5) появлением сновидений с алкогольной тематикой.

### **Задание #36**

*Вопрос:*

Характерными особенностями псевдозапоев у больных алкогольной зависимостью являются:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) видимая связь алкогольного эксцесса с внешними факторами (начало и окончание псевдозапоя)
- 2) длительность периода ежедневного злоупотребления алкоголя от 3-4 дней до двух недель;
- 3) отчетливое изменение у больных как психического, так и физического состояния за несколько дней до начала эксцесса;
- 4) спонтанность начала алкогольного эксцесса.

### **Задание #37**

*Вопрос:*

К основным клиническим проявлениям алкогольной зависимости является:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) патологическое влечение к алкоголю;
- 2) синдром отмены (ААС);
- 3) синдром измененной реактивности;
- 4) аффективный синдром;
- 5) психоорганический синдром.

### **Задание #38**

*Вопрос:*

Для симптома «плато» толерантности у больных алкогольной зависимостью характерно:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) потребление стабильно установленной дозы алкоголя;
- 2) появление состояний опьянения только при употреблении высоких доз алкоголя;
- 3) максимальные дозы алкоголя
- 4) появление на этапе перехода начальной стадии заболевания в среднюю;
- 5) переносимость максимальных доз алкоголя на протяжении определенного отрезка времени.

### **Задание #39**

*Вопрос:*

Для первичного патологического влечения к алкоголю, возникающего на фоне «пограничных состояний», характерно:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) резкое ухудшение психического состояния в период вытрезвления;
- 2) прослеживание связи с аффективными, чаще с субдепрессивными расстройствами;
- 3) отчетливое желание употребить алкоголь для успокоения;
- 4) использование алкоголя для снятия напряжения.

### **Задание #40**

*Вопрос:*

В состоянии опьянения для больных алкогольной зависимостью характерны амнезии:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) конградные;
- 2) антероградные;
- 3) ретроградные;
- 4) фиксационные.

### **Задание #41**

*Вопрос:*

К вторичным формам патологического влечения к алкоголю, относится:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) влечение, возникающее при разного рода эмоциональных нагрузках;
- 2) влечение в структуре алкогольного абстинентного синдрома;
- 3) влечение, возникающее под влиянием питейных ситуаций;
- 4) влечение при воспоминании о приеме алкоголя;
- 5) влечение, возникающее на фоне сниженного настроения.

### **Задание #42**

*Вопрос:*

Для истинных запоев у больных алкогольной зависимостью характерно:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) отсутствие продрома запоя (изменение физического и психического состояния перед началом запоя);
- 2) спонтанное появление интенсивного патологического влечения к алкоголю;

- 3) Отсутствие каких-либо расстройств в физической и психической сферах больного в динамике запоя;
- 4) появление на этапе. 2ст. заболевания.

### **Задание #43**

*Вопрос:*

Для симптома наркотической амнезии, возникающей у больных алкогольной зависимостью, характерно кроме:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) провал в памяти финального периода алкогольного эксцесса;
- 2) появление при употреблении максимально переносимых доз алкоголя;
- 3) появления на начальных этапах заболевания;
- 4) выпадение из памяти отдельных эпизодов алкогольного эксцесса

### **Задание #44**

*Вопрос:*

Исходя из сложившихся классификаций, к острым металкогольным психозам относят:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) алкогольный делирий;
- 2) алкогольный галлюциноз;
- 3) алкогольную эпилепсию;
- 4) дипсоманию.

### **Задание #45**

*Вопрос:*

Для изменений личности при синдроме алкогольной зависимости характерно все перечисленное, кроме

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) эмоциональное огрубения с исчезновением семейных и общественных привязанностей
- 2) интеллектуально - мнестического снижения
- 3) утраты морально-нравственных ценностей
- 4) заострения преморбидных личностных особенностей

### **Задание #46**

*Вопрос:*

Для начальной стадии синдрома алкогольной зависимости(I стадии) характерно все перечисленное, кроме:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) ситуационно обусловленного первичного патологического влечения к алкоголю
- 2) утраты защитного рвотного рефлекса
- 3) роста толерантности в 2-4 раза
- 4) затрудненного засыпания
- 5) снижения количественного контроля

### **Задание #47**

*Вопрос:*

Влечение к алкоголю в структуре алкогольного абстинентного синдрома проявляется:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) стремлением снять аффективную напряженность;
- 2) необходимостью относительной нормализации состояния;
- 3) желанием вернуть «привычную» работоспособность;
- 4) стремлением достичь состояния эйфории;

#### **Задание #48**

*Вопрос:*

Для изменений личности при синдроме алкогольной зависимости характерно все перечисленное, исключая:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) возбудимость с агрессивными поступками
- 2) грубый цинизм, бестактность
- 3) выраженные расстройства памяти на текущие события
- 4) периодически возникающие расстройства настроения по типу дисфории или глухой подавленности

#### **Задание #49**

*Вопрос:*

К клиническим проявлениям спонтанно возникающего первичного патологического влечения к алкоголю без борьбы мотивов относятся: .

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) навязчивые мысли об алкоголе с характером борьбы мотивов;
- 2) чувство тревоги перед возможным «срывом»;
- 3) нескрываемое раздражение и защита права «пить как все»;
- 4) крайняя интенсивность влечения к алкоголю.

#### **Задание #50**

*Вопрос:*

Вторичная форма патологического влечения к алкоголю, проявляющаяся симптомом «критической дозы» это:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) активное стремление к употреблению алкоголя вне алкогольного эксцесса
- 2) возникновение неодолимого влечения к алкоголю после употребления любой даже незначительной дозы;
- 3) неодолимое стремление к употреблению алкоголя после алкогольного эксцесса на фоне различного рода физических и психических расстройств;
- 4) неодолимое стремление продолжить употребление алкоголя после определенной для каждого конкретного больного дозы;
- 5) потребность в алкоголе, возникающая на фоне душевного дискомфорта.

### **Ситуационные задачи**

#### **Задача №1**

Больной Б. 54 лет, строитель, житель районного центра.

В областную психиатрическую больницу поступил впервые с жалобами на пониженный фон настроения, слабость, вялость, утомляемость, головные боли, снижение памяти, ухудшение сообразительности.

Мать страдала психическими расстройствами в возрасте 65 лет покончила с собой. Завершённый суицид совершили дед и его брат по материнской линии. Родился здоровым, развивался соответственно возрасту, хорошо адаптировался, окончил 9 классов общеобразовательной школы, в 13-летнем возрасте началось состояние, которое продолжалось около двух лет и характеризовалось болями в животе, слабостью. Был пониженный фон настроения, чувство безрадостности. В связи с плохим самочувствием перестал посещать школу. Был ипохондричен, лечился у педиатров по поводу какого-то заболевания желудочно-кишечного тракта. (Медицинская документация не сохранилась.) Хотя впоследствии чувствовал себя здоровым, был признан негодным к службе в армии по соматическому заболеванию. Работал столяром. Справлялся. Пользовался уважением на работе, был спокойным, уверенным в себе человеком. Состоял в браке, имеет двоих взрослых детей, жена злоупотребляла алкоголем, 3 года назад пропала без вести.

На протяжении многих лет часто употреблял алкоголь – до нескольких раз в неделю или запоев по 2-3 дня. Толерантность выросла до 1 бутылки водки в день, сформировался алкогольный абстинентный синдром. Около 5-ти лет алкоголизацию полностью прекратил в связи с головными болями.

Несколько лет страдает гипертонической болезнью, церебральным атеросклерозом. На протяжении последних трёх лет беспокоят боли в области промежности, обследовался у уролога, патологии не выявлено. Испытывает тревогу, мысли о заболевании раком. Наблюдается слабость, утомляемость, головные боли и головокружения. Снизилась концентрация внимания, сообразительность, память. Перестал справляться с работой. Стал неуверенным, переживал свою несостоятельность, снизился аппетит, наблюдалась повышенная сонливость. Лечился в региональной психиатрической больнице с диагнозом: субдепрессивно-ипохондрический синдром с незначительным снижением личности сосудистого генеза. Проводилась терапия антидепрессантами, ноотропами, вазоактивными препаратами. Эффекта не было.

В отделении медлителен, лицо грустное, считает себя больным, не трудоспособным. Описывает потерю интереса к окружающему, «хотя должен бы беспокоиться о детях и внуках».

Данные психологического исследования. Ограниченный объём внимания, затруднено его переключение, снижен процесс запоминания, психическим процессам свойственна инертность, заторможенность. Интеллектуальные способности невысокие, но грубого снижения нет. Прослеживаются элементы установочного поведения, стремление показать своё интеллектуально-мнестическую несостоятельность.

Заключение терапевта: гипертоническая болезнь.

Заключение невролога: Дисциркуляторная энцефалопатия, 2ст.

Данные компьютерной томографии мозга: выявлены признаки атрофического поражения мозга.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
5. Составьте рекомендации пациенту и его родственникам после выписки (ПК-9).

## Задача №2

Больной К., 32 лет, охранник колледжа. Поступил в психиатрическую больницу 2-й раз. Отец злоупотреблял алкоголем. Родился здоровым, развивался соответственно возрасту. Окончил общеобразовательную школу, автотранспортный колледж, работает там же охранником. Справляется. Успешно отслужил в армии. 10 лет состоит в браке. Отношения ровные, имеет ребенка. Занимается восточными единоборствами. Спокойный, уравновешенный, общительный. Последние годы выпивал до нескольких раз в неделю, иногда по 2-3 дня подряд. Чаще пиво в больших количествах, реже водку. Толерантность до 0,5 литра водки в день, снизился

количественный контроль. Появились похмельные состояния в виде потливости, сердцебиений, болей в сердце, пониженного настроения.

Полгода назад у больного неожиданно для него, внезапно умер отец. Тяжело переживал эту смерть, настроение было сниженным, но старался «крепиться». Стал интересоваться мистической литературой, в том числе о загробной жизни, стал религиозным, посещал церковь. Настроение было стойко сниженным. Через 40 дней возникла тревога. А затем периоды подавленности стали сменяться периодами экзальтации с восторгом и «любовью к ближним».

Всё чаще думал о том, что он грешник и должен очистить себя от грехов. На кисти была давняя татуировка с изображением чертёнка, стал думать о том, что это отражает наличие в нем «дьявольского начала». Заметив полученные во время тренировки синяки на теле, расценил их как следствие «порчи». Однажды во время посещения церкви у больного внезапно возникло приятное восторженное состояние, которое он назвал «трансом». Видел как лучи от горящих свечей взметнулись вверх и образовали над ним купол, заметил, что «бабушки в церкви» молились на него. Стал думать, что Бог обратил на него внимание, в душе у него что-то открылось. Появилась мысль, что он необычный человек, отмеченный богом. Периоды восторженности сменялись периодами пониженного настроения с чувством греховности. Отмечал плохой сон, боли в сердце, снижение аппетита («как при похмелье»). Чтобы «изгнать из себя дьявола», выжечь татуировку, жёг кисти рук на батарее. Получил тяжёлые ожоги. Был в экстренном порядке госпитализирован в психиатрическую больницу. При поступлении несколько дней был напряжён, тревожен, негативистичен. Не отвечал на вопросы.

Терапевт и невролог патологии не выявили. При психологическом исследовании нарушений психических функций не обнаружено.

После лечения нейролептиками и антидепрессантами стал спокоен, настроение выровнялось. С критикой рассказал о болезненных переживаниях. Был выписан домой.

Дома чувствовал себя хорошо 4 дня, перестал принимать лекарства. Затем стал подолгу застывать, пристально смотрел на электрическую лампочку, не разговаривал с родными. Был повторно госпитализирован. В отделении был то возбужден, то застывал, много резонерствовал, рассуждал о «дobre и зле». Замечал, что в отделении разыгрываются необычные события, как спектакль, все подстроено, исполнено особого значения.

Было переживание «как во сне», когда с другом «путешествовал в космосе». Описывал устройство космического корабля.

После лечения нейролептиками стал вялым, пассивным. Формально отвечает на вопросы, с частичной критикой оценивает свои переживания.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
5. Составьте рекомендации пациенту и его родственникам после выписки (ПК-9).

### Задача №3

Больная Л., 43 лет, живёт в районном городе, безработная. Поступила в психиатрическую больницу повторно.

У ряда родственников были какие-то психические нарушения. Росла и развивалась правильно, окончила общеобразовательную школу, рано начала встречаться с мужчинами, отношения были поверхностными, вела беспорядочную половую жизнь. Родила дочь, которую воспитывали ее родители. С 16 лет начала употреблять алкоголь, употребление очень быстро стало постоянным, сформировался абстинентный синдром, выросла толерантность. Дважды лечилась у наркологов без эффекта. В состоянии алкогольного опьянения убила мужчину, два года скрывалась от милиции. В этот период замечала милицейские машины на улице, которые следили за ней, «устала от ситуации». Была задержана, проходила СПЭ, признавалась вменяемой, 7 лет провела в местах лишения свободы, там хорошо адаптировалась, пользовалась послаблениями режима. Дважды лечилась у психиатра медсанчасти после смерти родственников. Жаловалась на усиление раздражительности, агрессивность, злобность, желание ударить кого-нибудь.

После освобождения по её словам, прекратила употребление алкоголя, изредка пила пиво. Общалась с группой наркоманов, хотя сама наркотики не употребляла, они склоняли её к продаже квартиры. Жила вместе с дочерью. Начались конфликты. Дочь в состоянии алкогольного опьянения пригрозила больной убийством. Стала раздражительна, плохо спала, читала книги «про убийства», боялась, что «выстрелят в дверь». Сама обратилась к психиатрам с просьбой о госпитализации. В отделении рассказывала о том, что ранее замечала преследование и опасность со стороны мужчины, что это послужило причиной совершенного ею убийства. Говорила о желании самой убить дочь, чтобы «опередить её». С момента поступления была спокойна, высокомерно и пренебрежительно вела себя с больными, подчёркивала, что у неё моложавый вид, хорошая фигура. Затем призналась, что «придумала» симптоматику, чтобы уйти от конфликтной ситуации дома.

Невролог определял признаки хронической алкогольной интоксикации.

Настояла на выписке, узнав, что дочь продала часть вещей и собирается уезжать в Москву.

После выписки переехала в Ивановскую область, вышла замуж, за мужчину моложе себя на 24 года. Жила в его квартире и за его счёт, свою квартиру сдавала квартирантам. Не работала, была довольна жизнью. Имела 3 беременности, которые закончились абортми, около полугода нарушения менструального цикла. Полгода назад муж разорвал отношения с ней, выгнал из квартиры. Уехала к дочери, но с ней не смогла ужиться, вернулась домой, попыталась выселить квартирантов, но с ними также возник конфликт. Обратилась к психиатру с жалобами на плохое настроение, «голоса» неприятного содержания, под влиянием которых совершала нелепые поступки (поездка в Москву и обратно без цели), страх, замечаемом ею преследовании. Была повторно госпитализирована в психиатрическую больницу.

В отделение поступила в пониженном настроении, первое время продолжала говорить о наличии психических расстройств, поведение не соответствовало описываемой симптоматике. В отделении пыталась лидировать, в палате командовала больными, выражала недовольство помещением в палату неприятных ей больных. Ударила больную..

При беседе говорит, что была больна, при этом «голоса» описывает схематично, о «преследовании» говорит вскользь, мало убедительно, настроение ровное. Сказала, что за время пребывания в стационаре продумала, как ей жить дальше, планы реальны. Настроение ровное. Выразила желание продолжить лечение, просит отпустить её в длительный пробный отпуск для устройства личных дел.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
5. Составьте рекомендации пациенту и его родственникам после выписки (ПК-9).

#### Задача №4

Больной В., 53-х лет, водитель автобуса, живёт в посёлке. Отец злоупотреблял алкоголем. В детстве развивался правильно, получил среднее образование, отслужил в армии, много лет работает шофёром. Женат, имеет дочь. Серьёзных заболеваний, травм головы не было. Всегда был человеком вспыльчивым, неуравновешенным, легко дающим аффективные реакции. Отношения в семье с самого начала складывались неровно. Жена характеризует его как человека эгоистичного, заботящегося преимущественно о себе, дочерью и заботами семьи интересовался мало. Когда жена ему противоречила, легко начинал срываться, скандалить. Последние годы отношения в семье были формальными. Жена отмечает пренебрежительный тон в свой адрес, нередкие попытки унижить её. Сам больной считает, что жена упрямая и недалёкая женщина с тяжёлым характером. Сексуальные отношения складывались негармонично. Нарушений в этой сфере у больного не было, был достаточно активен, но заботился только о своём удовлетворении. Жена с такой ситуацией смирилась.

Всегда был общителен, ценил мужской коллектив, все вечера после работы проводил в компании сослуживцев в гараже, там занимал лидирующее положение, был в центре внимания. Имел репутацию остроголовца, шутил, рассказывал анекдоты, истории. Пользовался уважением, о нём говорили: «...такого мужика, как наш Петрович, поискать. С ним и в театр ходить не нужно...». При таких встречах традиционными были выпивки. Больной объясняет, что пил для расслабления после рабочего дня, но главным образом - для поддержания компании, «полёта фантазии и куража». Последние годы отмечает, что уже с утра предвкушал вечерние встречи, приём алкоголя, испытывал при этом воодушевление и радость, торопил время. Количество выпитого постепенно увеличилось до 0,5 - 0,75 литра водки, к концу опьянения все чаще становился раздражительным и недовольным, особенно усиливались эти чувства к моменту возвращения домой. По утрам стал испытывать дискомфорт, дурноту, «чувство заболевания всего организма, разлом, неуверенность в руках». Начал опохмеляться, использовал различные ухищрения, чтобы пройти предрейсовый контроль. Несколько раз не допускался до работы. Начались конфликты с руководством предприятия. В конце концов ему поставили условие: пролечиться и прекратить выпивки. В противном случае обещали уволить. К угрозе отнесся серьезно, так как работой и коллективом дорожил, понимал, что по специальности работу в посёлке не найдёт. Съездил в областной центр, где «закодировался» у частного нарколога. Настроился на трезвость, три месяца не выпивал.

С начала периода трезвости чувствовал себя «не в своей тарелке». На вечерние встречи в гараже ходить перестал, так как боялся момента, когда ему предложат выпить, а он вынужден будет отказаться. Опасался насмешек и потери авторитета, считал, что трезвость унижит его в глазах приятелей. Появилось много свободного времени по вечерам. Проводил его дома с семьёй. Обнаружил, что и жена и дочь отделились от него, дочь стала дерзить, не достаточно уважала. Жена справлялась с домашними делами без его участия. Ощущал себя неприкаянным, не знал, чем заняться и как «убить» время. Срывал досаду и раздражение на жене и дочери. Во время сексуального контакта с женой неожиданно для больного не было полноценной эрекции, «кое-как довёл дело до конца». Жена ничего ему не сказала, но почувствовал, что она злорадствует. С этого момента стал испытывать страх перед половыми контактами, был напряжён, неуверен, проблемы с эрекцией сохранялись. С ужасом думал, что упал в глазах жены, и ей теперь ничего не стоит «морально его раздавить». Стал уклоняться от близости с женой, ближе к вечеру провоцировал скандалы. Настроение стало сниженным, испытывал чувство подавленности, тревогу, «потерял себя». Появилась слабость, неуверенность, мысли, что может не справиться с управлением автобусом, совершит аварию. Плохо засыпал, спал беспокойно, иногда снились кошмарные сновидения. Пропал аппетит, похудел на 2 килограмма, осунулся. Чувствовал, что с ним «что-то неладное». Обратился на приём к невропатологу ЦРБ, который диагностировал начальные явления церебрального атеросклероза.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).

2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
5. Составьте рекомендации пациенту и его родственникам после выписки (ПК-9).

## **МОДУЛЬ: ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ (НАРКОМАНИИ И ТОКСИКОМАНИИ)**

### **Тестовые задания**

**Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9**

#### **Задание #1**

*Вопрос:*

Состояние острой интоксикации кокаином проявляется всем кроме:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) повышенным настроением с ощущением прилива энергии;
- 2) ощущением интеллектуального подъема;
- 3) гиперактивностью;
- 4) раздражительностью, беспокойством;
- 5) повышением АД и тахикардией.

#### **Задание #2**

*Вопрос:*

Отмена наркотика при ятрогенной наркомании возможна в случаях:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) достижения устойчивой ремиссии основного соматического заболевания;
- 2) возможности полного купирования болей ненаркотическими анальгетиками и спазмолитиками;
- 3) отсутствия угрозы ухудшения течения соматического заболевания;
- 4) достижения неустойчивой ремиссии основного соматического заболевания;
- 5) неблагоприятного прогноза основного соматического заболевания.

#### **Задание #3**

*Вопрос:*

После купирования состояния отмены у зависимого от барбитуратов больного в течение нескольких недель остаются наиболее выраженными:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) наркотические сновидения;
- 2) тревожность в пограничных между сном и бодрствованием состояниях;
- 3) поверхностный сон;
- 4) пониженный аппетит;
- 5) спонтанные колебания настроения, легкое возникновение дисфории

#### **Задание #4**

*Вопрос:*

Клиническими особенностями синдрома сочетанной зависимости от наркотических ПАВ являются:

*Выберите несколько из 6 вариантов ответа:*

- 1) комфортность состояния лишь при постоянно поддерживающейся интоксикации первоначальным наркотиком;
- 2) отсутствие в состоянии отмены качественно новых, в сравнении с соответствующими частными формами, симптомов;
- 3) утяжеление большей части симптомов, составляющих общи радикал форм состояний отмены (невозможность взаимопогашения симптомов);
- 4) «омоложение» состояния отмены, равнозначность его проявлений средней стадии мононаркотизма;
- 5) утяжеление синдрома последствий.
- 6) они относятся сверхценно к своим переживаниям или ощущениям.

### **Задание #5**

*Вопрос:*

К механизму действия барбитуратов не относятся:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) тормозящий эффект на синаптическую передачу нервных импульсов в клетке;
- 2) блокада эффектов ацетилхолина;
- 3) стимулирующее влияние на систему тормозного медиатора ГАМК;
- 4) активизирование дофаминового цикла;
- 5) разрушение липидной мембраны нервных клеток.

### **Задание #6**

*Вопрос:*

Для состояния отмены, возникающего при лишении кустарно приготовленных (суррогатов) препаратов опия, характерно:

*Выберите несколько из 5 вариантов ответа:*

- 1) появление симптомов отмены через 5-7 часов после лишения препарата;
- 2) нарастание всех симптомов лавинообразно и достижение пика их интенсивности к концу первых суток;
- 3) появление алгических и диспептических расстройств, практически одновременно с ознобом, насморком, потливостью;
- 4) стойкие агрипнические расстройства;
- 5) значительная выраженность психопатологических расстройств.

### **Задание #7**

*Вопрос:*

Признаками нарастания компульсивного влечения у барбитурового наркомана являются:

*Выберите несколько из 5 вариантов ответа:*

- 1) лабильность пульса, АД, дыхания;
- 2) появление аффективных колебаний;
- 3) угрюмость, подавленность, отгороженность от окружающих;
- 4) головная боль, повышенная потливость, расширение зрачков;
- 5) повышенная раздражительность, вплоть до гневливости, злобности.

### **Задание #8**

*Вопрос:*

Наркотическая эйфория - это изменение в сторону максимально положительного для субъекта значения восприятий:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) настроения;
- 2) мышления;
- 3) физического состояния;
- 4) психического состояния;
- 5) памяти.

### **Задание #9**

*Вопрос:*

«Приход» при интоксикации эфедроном ярче всего проявляется:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) ощущением, что по телу разбегаются мурашки;
- 2) учащением ритма работы сердца и подъемом АД;
- 3) ощущением, что волосы на голове шевелятся и «встают дыбом»;
- 4) ощущением замедленного течения времени;
- 5) устранением чувства усталости, повышением настроения.

### **Задание #10**

*Вопрос:*

Термин “наркотик” применим:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) к тем веществам или лекарственным средствам, которые признаны законом наркотическими
- 2) ко всем веществам или лекарственным средствам, способным вызывать зависимость
- 3) и к тем, и к другим
- 4) ни к тем, ни к другим

### **Задание #11**

*Вопрос:*

Состояние острой интоксикации героином характеризуется:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) повышенным настроением с ощущением приятной расслабленности, сонливости и блаженства;
- 2) ленностью и пассивностью;
- 3) миозом;
- 4) брадикардией;
- 5) урежением ритма дыхания.

### **Задание #12**

*Вопрос:*

Об острой интоксикации эфедроном могут свидетельствовать:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) ускоренная речь, неусидчивость, подвижность, неумеренная жестикуляция;
- 2) гипертензия и тахикардия;
- 3) непоследовательность мышления, высказывания множества нереальных планов, переоценка собственных возможностей;
- 4) отсутствие потребности в еде и сне;
- 5) сухость слизистых, вследствие чего опьяневший постоянно облизывает губы.

### **Задание #13**

*Вопрос:*

Преморбидный статус больных наркоманией характеризуется:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) затруднениями в адаптации;
- 2) чувством несвободы;
- 3) невозможностью действовать и проявлять свою эмоциональность непосредственно;
- 4) психическим инфантилизмом;
- 5) непоследовательностью и лабильностью.

### **Задание #14**

*Вопрос:*

К особенностям состояния отмены при эфедроновой наркомании относятся:

*Выберите несколько из 5 вариантов ответа:*

- 1) высокий суицидальный риск;
- 2) развитие тяжелой, опасной для жизни гипотонии при назначении нейролептиков типа тизерцина;
- 3) высокая подверженность рекуррентным заболеваниям с развитием тяжелых осложнений со стороны легочной системы;
- 4) выраженный алгический компонент;
- 5) выраженные расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта.

### **Задание #15**

*Вопрос:*

Состояние острой интоксикации кокаином проявляется:

*Выберите несколько из 4 вариантов ответа:*

- 1) повышенным настроением с ощущением прилива энергии;
- 2) ощущением интеллектуального подъема;
- 3) гиперактивностью;
- 4) повышением АД и тахикардией.

### **Задание #16**

*Вопрос:*

Состояние передозировки каннабиноидами проявляется:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) гипертонией и тахикардией;
- 2) паническими реакциями;
- 3) спутанностью сознания;
- 4) галлюцинаторными расстройствами, обилием парестезии и сенестопатий;
- 5) резко выраженным чувством голода.

### **Задание #17**

*Вопрос:*

Для синдрома отмены при амфетаминовой зависимости наиболее характерно:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) развитие острой депрессии с суицидальными тенденциями;
- 2) повышенная утомляемость, раздражительность;
- 3) сонливость при отсутствии сна;

- 4) стойкое отсутствие аппетита;
- 5) соматовегетативные нарушения.

### **Задание #18**

*Вопрос:*

Наиболее характерным для состояния отмены у кокаиновых наркоманов является:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) сухость слизистых носоглотки и головная боль в затылочной области, головокружение;
- 2) парестезии и анизорефлексия;
- 3) тяжелые дисфории с угрюмостью и раздражительностью, озлобленностью;
- 4) делириозные и параноидные расстройства;
- 5) бессонница с одновременной сонливостью и тоскливым состоянием с тревогой и суицидальными мыслями, попытками.

### **Задание #19**

*Вопрос:*

Состояние психического комфорта в интоксикации наркотиком - это:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) не синоним эйфории;
- 2) восстановление психических функций;
- 3) состояние оптимального психического функционирования наркомана;
- 4) резкое повышение психических функций;
- 5) условие благополучного психического состояния у наркомана.

### **Задание #20**

*Вопрос:*

Проявлениями синдрома измененной реактивности в средней стадии опийной наркомании являются:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) падение интенсивности «прихода»;
- 2) изменение картины острой интоксикации с ощущением настолько повышенного настроения, сколько нормализации психического и физического состояния;
- 3) рост толерантности;
- 4) постинтоксикационный сон;
- 5) подавление кашлевого рефлекса.

### **Задание #21**

*Вопрос:*

Состояние отмены при лишении «первитина» проявляется:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) жалобами больных на головную боль, головокружение и «покручивания» в крупных суставах;
- 2) легким насморком, парестезиями и ноющими болями в руках и ногах;
- 3) смазанностью речи, судорожными сведениями лицевых и икроножных мышц;
- 4) интенционным мышечным тремором, пошатыванием при ходьбе;
- 5) нистагмом, нарушениями конвергенции и патологическими стопными знаками.

### **Задание #22**

*Вопрос:*

Для зависимости от кустарно приготовленных (суррогатов) препаратов опия не характерно:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) атипичное проявление состояния острой интоксикации;
- 2) формирование влечения через внутривенных введений препарата;
- 3) практически полное отсутствие периода эпизодического приема;
- 4) формирование состояния отмены через 5-6 месяцев от начала приема;
- 5) сочетанный прием кустарно приготовленных опиатов с другими наркотическими и ненаркотическими средствами.

### **Задание #23**

*Вопрос:*

Состояние острой интоксикации «первитином» по сравнению с опьянением эфедроном характеризуется:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) продолжительностью до 6-8 часов;
- 2) отчетливым выделением 1 и 2 фаз состояния опьянения;
- 3) более тяжелым «выходом» из состояния опьянения;
- 4) продолжительностью состояния опьянения до 12-14 часов;
- 5) раздражительностью, агрессивностью.

### **Задание #24**

*Вопрос:*

Апогей состояния отмены при барбитуровой зависимости характеризуется:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) разрядкой напряженной дисфории с возможным появлением судорожных припадков;
- 2) возможным появлением судорожных припадков и депрессии;
- 3) депрессией, разрядкой напряженной дисфории;
- 4) усилением двигательной и аффективной возбудимости, возможным развитием делирия;
- 5) возможным развитием делирия или галлюцинаторно-бредового психоза, судорожных припадков и разрядкой напряженной дисфории.

### **Задание #25**

*Вопрос:*

Общими признаками хронических гашишных психозов являются все перечисленные, исключая:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) аффективную насыщенность
- 2) лабильность
- 3) нарушение сознания
- 4) наличие сомато-вегетативных расстройств
- 5) неразвернутость психотических расстройств

### **Задание #26**

*Вопрос:*

О роли эйфории в развитии наркоманий свидетельствуют все перечисленные утверждения, исключая

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) применение в качестве наркотика вещества с положительным действием на психику

- 2) увеличение доз наркотика (повышение толерантности)
- 3) введение наркотика наиболее эффективным путем
- 4) немедикаментозные способы усиления действия наркотика
- 5) применение нейролептиков для усиления действия наркотика

### **Задание #27**

*Вопрос:*

Состояние острой интоксикации у больных барбитуровой зависимостью наиболее опасно из-за свойственных им:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) застойного злобного аффекта;
- 2) приступов гнева, агрессии;
- 3) дисфоричности;
- 4) подвижности аффекта;
- 5) брутальности.

### **Задание #28**

*Вопрос:*

Наиболее характерными признаками опийной эйфории являются все перечисленные, кроме

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) ощущения легкости, радости, соматического блаженства
- 2) приятной истомы, покоя и расслабленности
- 3) благодушия, довольства
- 4) ощущения тепла, волнами расходящегося по телу
- 5) психомоторной ажитации

### **Задание #29**

*Вопрос:*

Для синдрома последствий при барбитуровой наркомании характерно:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) опережение собственно большого наркоманического синдрома;
- 2) появление черт психической слабости через полгода от начала приема барбитуратов;
- 3) формирование депрессий через год от начала приема барбитуратов;
- 4) развитие брадипсихии через 1-3 года от начала приема барбитуратов;
- 5) развитие деменции через 4-5 лет злоупотребления барбитуратами.

### **Задание #30**

*Вопрос:*

Специфичным осложнением гашишной наркомании является:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) анергия;
- 2) брадипсихия;
- 3) хроническая эйфория;
- 4) амотивационный синдром;
- 5) психоорганический синдром.

### **Задание #31**

*Вопрос:*

К особенностям состояния отмены при эфедроновой зависимости относятся:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) высокий суицидальный риск;
- 2) развитие тяжелой, опасной для жизни гипотонии при назначении нейролептиков типа тизерцина;
- 3) высокая подверженность рекуррентным заболеваниям с развитием тяжелых осложнений со стороны легочной системы;
- 4) выраженный алгический компонент;
- 5) выраженные расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта.

### **Задание #32**

*Вопрос:*

Последствия хронического употребления кокаина проявляются всем кроме:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) снижением иммунитета и прогрессирующим физическим истощением, анемией, парестезиями;
- 2) агрессивностью и паркинсоноподобными нарушениями;
- 3) депрессиями с высоким суицидальным риском;
- 4) сексуальными дисфункциями;
- 5) интеллектуально-мнестическими нарушениями.

### **Задание #33**

*Вопрос:*

Состояние отмены при барбитуровой наркомании характеризуется:

*Выберите несколько из 5 вариантов ответа:*

- 1) дисфорическим аффектом;
- 2) гиперрефлексией с мышечной гипертензией и мелким тремором;
- 3) подъемом АД с последующей гипотензией вплоть до коллапсов;
- 4) бессонницей;
- 5) болями в желудке и крупных суставах.

### **Задание #34**

*Вопрос:*

Клиническая картина острого отравления опиатами характеризуется:

*Выберите несколько из 5 вариантов ответа:*

- 1) угнетением ЦНС от стадии засыпания до расстройства сознания в виде комы;
- 2) сужением зрачков (симптом «точки») со снижением или полным отсутствием реакции на свет;
- 3) угнетением дыхания до брадипноэ с частотой до 4-6 в минуту или полной его остановкой;
- 4) снижением сухожильных и периостальных рефлексов или арефлексией;
- 5) снижением или отсутствием реакции на болевое раздражение, корнеальных, кашлевых и глоточных рефлексов.

### **Задание #35**

*Вопрос:*

Для синдрома психического влечения к наркотику не характерны следующие признаки:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) определение настроения больного;
- 2) неспецифичность;
- 3) перестройка психической жизни больного;

- 4) нарушения поведения больного в период нарастания влечения;
- 5) изменения социальной ориентации личности.

### **Задание #36**

*Вопрос:*

Для диагностики состояния острой интоксикации каннабиоидами значимыми являются следующие признаки:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) расширение зрачков и инъектированность сосудов склер;
- 2) хриплый, «лающий» голос,
- 3) выраженная сухость видимых слизистых;
- 4) резкие колебания эмоционального фона;
- 5) готовность к индукции поведения.

### **Задание #37**

*Вопрос:*

Состояние отмены при героиновой наркомании характеризуется:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) лавинообразным нарастанием симптомов;
- 2) алгическими и диспептическими расстройствами;
- 3) профузным потом, «леденящим ознобом», слезотечением, светобоязнью;
- 4) подавленным настроением с тревогой, неусидчивостью, приступами отчаяния;
- 5) быстрой, практически, критической редукцией симптомов.

### **Задание #38**

*Вопрос:*

Состояние отмены при лишении «первитина» проявляется:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) жалобами больных на головную боль, головокружение и «покручивания» в крупных суставах;
- 2) легким насморком, парестезиями и ноющими болями в руках и ногах;
- 3) смазанностью речи, судорожными сведениями лицевых и икроножных мышц;
- 4) интенционным мышечным тремором, пошатыванием при ходьбе;
- 5) нистагмом, нарушениями конвергенции и патологическими стопными знаками.

### **Задание #39**

*Вопрос:*

Состояние отмены при барбитуровой наркомании характеризуется:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) дисфорическим аффектом;
- 2) гиперрефлексией с мышечной гипертензией и мелким тремором;
- 3) подъемом АД с последующей гипотензией вплоть до коллапсов;
- 4) бессонницей;
- 5) болями в желудке и крупных суставах.

### **Задание #40**

*Вопрос:*

К признакам острой интоксикации опиатами относят:

*Выберите несколько из 5 вариантов ответа:*

- 1) миоз с отсутствием или крайне вялой реакцией зрачков на свет;
- 2) брадикардное и тахикардное;
- 3) зуд кожи лица;
- 4) «меловую» бледность и сухость кожи;
- 5) отсутствие нарушений координации движений и артикуляции.

#### **Задание #41**

*Вопрос:*

О психопатоподобных изменениях личности наркомана свидетельствуют:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) колебания эмоционального фона и снижение интеллекта;
- 2) раздражительность, возбудимость, неспособность критически оценивать свои действия и сужения круга интересов;
- 3) неспособность критически оценивать свои действия и снижение интеллекта;
- 4) снижение интеллекта, сужение круга интересов;
- 5) сужение круга интересов, колебания эмоционального фона.

#### **Задание #42**

*Вопрос:*

В отношении компульсивного влечения к наркотику верны утверждения о том, что оно:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) заполняет все содержание сознания больного;
- 2) возникает с началом средней стадии наркомании;
- 3) специфично;
- 4) диктует поведение больного;
- 5) сопровождается вегетативными стигмами.

#### **Задание #43**

*Вопрос:*

Острая интоксикация амфетаминами проявляется:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) ощущением прилива энергии и усилением активности, переоценкой собственных возможностей;
- 2) склонностью к стереотипным однообразным действиям и раздражительностью, тревогой;
- 3) нарушениями сердечного ритма и дыхания, повышением АД;
- 4) резким снижением аппетита;
- 5) повышенной потливостью, гиперрефлексией, тремором, расширением зрачков.

#### **Задание #44**

*Вопрос:*

Мотивами потребления наркотиков чаще всего являются

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) удовлетворение любопытства
- 2) желание отвлечься от будничных трудностей
- 3) необходимость признания «своим» в микрогруппе
- 4) желание испытать новые ощущения
- 5) все перечисленные

### **Задание #45**

*Вопрос:*

Наиболее важной особенностью состояния отмены при опиийной ятрогенной зависимости является:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) более стертое течение;
- 2) резкое обострение расстройств, характерных для основного соматического заболевания;
- 3) малая выраженность таких симптомов, как чихание, слезотечение, боли в мышцах;
- 4) более рельефный психопатологический компонент состояния отмены;
- 5) послаблением кишечника.

### **Задание #46**

*Вопрос:*

О нарастании компульсивного влечения к опиатам судят:

*Выберите несколько из 5 вариантов ответа:*

- 1) по изменению поведения, отражающему неопределенный психический дискомфорт;
- 2) по появлению сенестопатий в виде «зубной боли», зуда в области вен;
- 3) по неустойчивости АД с тенденцией к повышению его, лабильности пульса и дыхания;
- 4) по расширению зрачков;
- 5) по усилению звучности сердечных тонов.

### **Задание #47**

*Вопрос:*

Состояние острой интоксикации барбитуратами проявляется:

*Выберите несколько из 5 вариантов ответа:*

- 1) ощущением мгновенного оглушения и «мягкого удара» в голове;
- 2) беспричинным весельем с неустойчивостью эмоционального фона;
- 3) расторможенностью и снижением способности к осмыслению окружающего;
- 4) нарушением координации движений и дизартрией;
- 5) гипотонией и брадикардией.

### **Задание #48**

*Вопрос:*

Состояние острой интоксикации барбитуратами проявляется:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) ощущением мгновенного оглушения и «мягкого удара» в голове;
- 2) беспричинным весельем с неустойчивостью эмоционального фона;
- 3) расторможенностью и снижением способности к осмыслению окружающего;
- 4) нарушением координации движений и дизартрией;
- 5) гипотонией и брадикардией.

### **Задание #49**

*Вопрос:*

Клиническая картина острой интоксикации «первитином» проявляется:

*Выберите несколько из 5 вариантов ответа:*

- 1) ощущением необыкновенной ясности и красочности окружающего, запаха лесных фиалок;
- 2) ощущением полета, невесомости;

- 3) подъемом настроения с ощущением особых способностей, стремлением к различным видам творческой деятельности;
- 4) усилением полового влечения и сексуальной потенции;
- 5) ощущением ясности всего, что ранее казалось запутанным и непонятным.

### **Задание #50**

*Вопрос:*

Для I стадии опийной наркомании наиболее характерным является все перечисленное, кроме:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) систематического приема опиатов
- 2) исчезновения зуда кожи лица
- 3) роста толерантности в 8-10 раз
- 4) неизменности физиологического действия опиатов
- 5) обсессивного влечения к наркотику

## **Ситуационные задачи**

### **Задача 1**

Б о л ь н о й В., 23 года, безработный.

Дед по отцовской линии злоупотреблял алкоголем. Мать пациента обладает твердым, целеустремленным характером. Отец много лет злоупотребляет алкоголем, неоднократно лечился, в настоящее время находится в состоянии длительной ремиссии. В связи с постоянной производственной занятостью никогда не имел возможности заниматься воспитанием детей. Старший брат пациента - ответственный, «типичный отличник», никогда не доставлявший забот родителям.

Пациент рос здоровым, веселым, общительным. Всегда был добрым, легко мог подарить товарищам любые свои вещи или игрушки. До 7-го класса школы получал только отличные отметки. В старших классах стал успевать хуже в связи с изменением интересов: часто проводил время в компании приятелей, появился интерес к девочкам, начал посещать дискотеки. После школы самостоятельно поступил в институт. Оказавшись в студенческой среде, почувствовал себя взрослым и способным на самостоятельную жизнь. Много времени проводил в компаниях сокурсников, развлекался. Быстро запустил учебу. На 2-м курсе в возрасте 18 лет несколько раз употреблял марихуану. Спустя год, находясь в обществе приятелей, принимающих наркотики, впервые употребил героин (путем вдыхания через нос). Употребление наркотика позже объяснял тем, что не хотел выглядеть трусом в глазах девушки, присутствовавшей при коллективном употреблении. Почувствовал тошноту, сонливость, заболела голова. Несмотря на это спустя неделю вновь употребил героин, на этот раз испытал удовольствие. С той поры стал употреблять героин примерно раз в неделю в течение 2 месяцев с постепенным повышением дозы. Зависимым от наркотика себя не считал, полагал, что в любое время может отказаться от него. Однако при этом почти постоянно думал о героине, старался найти информацию о нем в Интернете. В этот период, в состоянии В. появилась нервозность, временами ощущал безотчетную тревогу; чаще всего такие эпизоды возникали через 2—3 дня после очередного употребления героина. С этого времени, встречая на улице работников милиции, пациент всякий раз испытывал страх, что его могут остановить и задержать по подозрению в употреблении наркотиков. Боялся, что его внешний вид может навести милиционеров на подозрения о наркотиках. Успокаивал себя тем, что в связи с интраназальным употреблением героина у него нет следов инъекций на руках. Употребляя героин, В. с удовольствием отмечал, что наркотик прогоняет неприятные мысли, создает ощущение комфорта и полного жизненного благополучия. Употребление героина участилось до 2—3 раз в неделю. Примерно через 4 месяца после первой пробы героина по совету приятелей ввел героин

внутривенно. Испытал значительно большее, чем при интраназальном употреблении, удовольствие. Внутривенные инъекции быстро приняли систематический характер.

В один из дней, наутро после очередной инъекции героина, почувствовал неизъяснимую тревогу, подавленность. Не мог отделаться от ощущения, что на него надвигается какая-то беда. Поспешил к знакомому сбытчику героина. После внутривенной инъекции наркотика успокоился, повеселел. На следующее утро проснулся с плохим настроением. Возникло опасение, что состояние может ухудшиться, поэтому решил предупредить это ухудшение с помощью героина. Тут же ему в голову пришла паническая мысль, что у него развилась зависимость от героина и теперь он обречен на пожизненный прием наркотика. Решил, что сегодня примет героин в последний раз. С этого периода (5,5 месяцев после первой пробы) употребление - героина стало ежедневным с быстрым нарастанием дозы.

Часто ловил себя на желании увеличить дозу героина, чтобы дольше чувствовать себя спокойным. По утрам постоянно чувствовал тревогу, подавленность, угнетенность. Вскоре к утреннему психическому дискомфорту присоединились физические признаки отмены героина: познабливание, слезотечение, чиханье, боли в ногах. Пациент терзался противоречиями: с одной стороны, испытывал страх, что становится все более зависимым от героина, с другой — боялся развития еще большего, чем прежде, психического дискомфорта и «спасался от плохих мыслей» с помощью новой инъекции. Появились опасения, что он может заболеть СПИДом или гепатитом. Несмотря на постоянные мысли о фатальных последствиях злоупотребления героином, увеличил частоту его приема до 2 раз в сутки. В этот же период услышал о смертельной передозировке героина у бывшего одноклассника. Часто (особенно по утрам) испытывал ужас от мысли, что и сам может погибнуть подобным образом, однако, спасался от этих опасений опять-таки с помощью очередной дозы наркотика.

Больной полностью сменил круг общения. Поддерживал контакты лишь с одним-двумя сбытчиками героина и несколькими знакомыми наркоманами. Совсем забросил учебу. Образовалась большая академическая задолженность; возникла угроза отчисления из института. Дома был нервозен, раздражителен. Появились скрытность, лживость. Прежде веселый, открытый пациент стал угрюм, немногословен. В ответ на расспросы родителей о том, что с ним происходит, легко взрывался, кричал, чтобы его оставили в покое. В конце концов пациент признался родителям, что давно принимает героин. По инициативе матери прошел курс лечения в частной клинике. После выписки из клиники чувствовал себя хорошо, воздерживался от приема героина в течение 14 мес. Вновь стал веселым, открытым, дружелюбным. Погасил академическую задолженность в институте. Восстановил контакты с прежними приятелями.

Затем В. поссорился с девушкой, оказывавшей, по мнению родителей пациента, благотворное влияние на него. Тяжело переживал конфликт, «назло ей» употребил героин интраназально, почувствовал выраженное облегчение. На следующий день проснулся в страхе: терзался раскаянием, настороженно прислушивался к собственным ощущениям, опасаясь развития «ломки». Несмотря на ее отсутствие с целью преодоления тревоги и общего психического дискомфорта еще раз принял героин, уверяя себя, что делает это в последний раз. Употребление наркотика сразу же стало систематическим, быстро появились признаки физической зависимости. Вновь возникли нервозность, раздражительность. Постоянно испытывал тревогу. Вскоре мать заметила перемены в поведении сына и настояла на его помещении в клинику. Последнее употребление героина произошло накануне вечером.

Психическое состояние при поступлении в клинику. Пациент выглядит подавленным, угнетенным, не очень охотно рассказывает о себе и своей болезни. Признается, что не хочет травмировать родителей, присутствующих при беседе, неприятными подробностями употребления наркотиков, а также испытывает стыд перед врачами, осуждающими, как он предполагает, его пристрастие к героину. Высказывает опасения, что вскоре у него разовьется «ломка». После уверения врачей, что лечение будет эффективным, и страдать ему не придется, пациент ненадолго успокаивается, затем спрашивает, какие снотворные назначают в этой клинике. Сообщает, что готов терпеть даже боли, но боится бессонницы. Просит провести ему тщательное обследование. Высказывает опасение, что раньше мог заразиться вирусами гепатита или СПИДа. С тревогой

справляется у персонала, насколько достоверным может быть отрицательный результат исследования.

В отделении быстро сходится с другими больными наркоманическими зависимостями. Подробно расспрашивает их о применяемых в клинике методах лечения. Просит врача назначить ему «побольше лекарств», обезболивающих и снотворных.

Проводилась инфузионная терапия и активное применение психотропных лекарственных средств. В течение всего периода отмены и раннего постабстинентного периода у больного сохранялись высокий уровень тревоги и стойкие опасения ухудшения состояния. Больной настойчиво расспрашивал лечащего врача прогнозе вирусного гепатита, о возможности развития цирроза печени. На 16-й день лечения психическое состояние пациента, нормализовалось. Выписан из клиники с рекомендацией контролируемого приема налтрексона, мirtазапина, клозапина. Пациент высказывал установку на полное воздержание от ПАВ. Психическое состояние при выписке характеризовалось умеренной и отчасти корригируемой ипохондрической настроенностью.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
5. Составьте рекомендации пациенту и его родственникам после выписки (ПК-9).

## З а д а ч а 2

П а ц и е н т Т., 25 лет, безработный.

Дед по отцовской линии злоупотреблял алкоголем. Мать мягкая, добрая, «безответная», целиком посвятившая себя сыну. Отец был крайне несдержан, агрессивен, привлекался к уголовной ответственности после уличной драки. В течение многих лет злоупотреблял алкоголем, в состоянии опьянения был злобен, избивал жену. Умер в возрасте 42 лет в психиатрической больнице, куда был помещен в связи с острым алкогольным психозом.

Пациент — единственный ребенок в семье. Рос физически здоровым, активным, общительным. Лидировал в детских коллективах. Мать, страдавшая от пьянства отца и боявшаяся, что семейные скандалы отрицательно скажутся на развитии ребенка, проявляла повышенную заботу о нем. Много работала, стремясь «накормить и одеть» сына лучше других. С дошкольных лет высоко оценивала его интеллектуальные способности; говорила сыну, что он умнее своих сверстников и что ему суждено большое будущее. В школе Т. поначалу был в числе первых по успеваемости, но уже с 4-го класса успехи в учебе стали снижаться. Отличался своенравием и высокомерным отношением к учителям. Болезненно реагировал на недостаточно высокую, по его мнению, оценку его способностей. Со сверстниками был драчлив. Любил подчинять себе товарищей и легко добивался этого. В старших классах школы начал выпивать. Школу окончил с преобладанием удовлетворительных отметок, однако самоуверенно заявлял, что сможет поступить в любой вуз. Сдавал экзамены в технический институт, но не выдержал конкурса и был призван в армию.

По время службы несколько раз выпивал (единичный характер алкогольных эксцессов объясняет редкостью предоставлявшейся возможности). После демобилизации совместно с армейским товарищем занялся коммерцией. В этот период пациент регулярно (не менее 1—2 раз в неделю) употреблял алкоголь, обычно в конце недели вместе с компаньоном. Пил преимущественно водку, в среднем по 300—500 г. Алкоголь переносил хорошо, пьянел мало. Похмельного синдрома наутро не испытывал. Вспоминая этот период жизни, Т. сообщал, что чувствовал себя сильным, предприимчивым, удачливым и пил «ради пущего веселья». Посещал игорные заведения и дискотеки. Несколько раз употреблял марихуану и «экстази».

После рискованной финансовой операции Т. потерял большую сумму денег и еще некоторое время выплачивал долги. Долго не имел работы. В это время стал систематически выпивать, позже объясняя это переживаниями по поводу своих профессиональных неудач и ощущением отсутствия

перспективы. В том же году впервые интраназально употребил героин. Пристрастился к наркотику буквально с первых доз и быстро перешел к внутривенным инъекциям. Уже через месяц не мог обходиться без ежедневной лозы героина, еще через 2 нед — без двукратного его употребления в течение суток. Суточная доза наркотика стремительно возрастала. Поведение пациента резко изменилось: будучи и до этого нервным, «дерганым», теперь он был постоянно взвинчен, легко выходил из себя по незначительным поводам. В состоянии Т. появилась пугливость, вздрагивал при резких звуках. Сам рассказал матери, что стал зависимым от героина. Плакал, говорил ей, что скоро умрет. По утрам, на фоне развивающегося синдрома отмены, не мог встать с постели, чувствовал «непереносимые» боли и слабость. В этом состоянии угрожал матери самоубийством, требовал, чтобы она нашла деньги где угодно, хотя они были стеснены в средствах, жили на небольшую зарплату матери. Вспоминая этот период, говорил, что развивающееся абстинентное состояние было невыносимым, а перспектива усугубления страданий вселяла в него ужас. Подчеркивал, что быстро перестал получать удовольствие от героина и принимал его только для того, чтобы не испытывать состояния отмены.

В течение полутора лет употребления героина дважды была отмечена передозировка. В связи с крайней нехваткой средств для регулярного приобретения наркотика в возрастающих дозах Т. продавал вещи из дома, затем стал промышлять мелким воровством. Все деньги, вырученные у скупщиков краденого, тратил на героин, однако и их не хватало. Занял различные суммы денег практически у всех родственников и знакомых. Дважды задерживался сотрудниками полиции, был уличен в хранении наркотиков, судим и условно осужден.

Многokrратно и безуспешно пытался преодолеть зависимость от героина путем массивного употребления алкоголя, кустарных психостимуляторов, а также с помощью сочетанного приема трамадола и нитразепама. Обратился за помощью к частному врачу. На 3-й день лечения у Т. развилось помрачение сознания: больному казалось, что он находится в доме у своей девушки, мать принимал за давно умершую бабушку. После приема лекарств, назначенных на ночь, состояние ухудшилось: перестал ориентироваться в окружающей обстановке, двигательное возбуждение достигло степени неистовства, больной упорно пытался покинуть квартиру, не понимал обращенной к нему речи. В течение одного из периодов просветления сознания потребовал у матери, чтобы та принесла ему водки, грозился, выброситься в окно в случае невыполнения этого требования. В течение неполных суток выпил больше 1 л водки. В состоянии умеренного алкогольного опьянения был привезен матерью в клинику.

#### **Психическое состояние при поступлении в клинику.**

Выражены признаки нейрорепсии. Угрюм. Артикуляция речи нечеткая. Осмысление реплик собеседника затруднено. Быстро теряет нить беседы. Понимает, что находится в клинике, однако не в состоянии определить текущую дату. Безынициативен, пассивно подчиняем. После массивной инфузионной терапии уровень сознания восстановился. Пациент жалуется на непереносимые «ломки», говорит о тяжелейших болях. В течение дня многократно обращается с настойчивыми просьбами о назначении дополнительных лекарственных средств. Много говорит о «тяжелой ломке». Постоянно неудовлетворен своим самочувствием: просит назначить «что-нибудь успокаивающее», после инъекции неохотно отмечает подавление тревоги, однако недоволен мышечной вялостью, просит назначить ему что-нибудь «для бодрости», периодически говорит о «депрессии», просит назначить «какой-нибудь антидепрессант». Жалобы многообразны. С врачами держится фамильярно и в то же время угодливо. С медицинскими сестрами и санитарками высокомерен, груб. При аргументированном отказе в дополнительных лекарствах угрожает, сквернословит. Понимает, что страдает тяжелой наркотической зависимостью, осознает степень измененности собственной личности, утверждает, что является самым тяжелым пациентом в клинике. В то же время склонен рационализировать пристрастие к наркотикам, высказывает некорректируемые субъективные представления о принципах лечения своей болезни. Убежден, что ему необходим длительный прием слабых опиоидов («чтобы не было стресса», связанного с резкой отменой наркотика). Полагает, что «легкие» наркотики могут позволить ему добиться ремиссии опийной зависимости. В суждениях крайне ригиден. Реплики собеседника выслушивает с видом еле сдерживаемого нетерпения и попросту игнорирует аргументированные возражения. Вследствие

неустойчивости внимания больного удастся отвлечь на другие темы, однако спустя некоторое время он вновь и вновь упрямо возвращается к однообразным просьбам о назначении снотворных, наркотических анальгетиков, натрия оксibuтирата и других субъективно притягательных лекарственных средств.

В первые дни лечения проводили активную инфузионную и симптоматическую метаболическую терапию.

На 4-й день пребывания в клинике психическое состояние резко ухудшилось в связи с тем, что у больного впервые были выявлены лабораторные признаки ВГС и ВИЧ-инфекции. Т. впал в крайне возбужденное состояние, рыдал, кричал, что врачи «назло» сфабриковали анализы. Без видимого повода подрался с одним из пациентов клиники. После того как в схему лечения были введены нейролептики больной успокоился, но в течение дня несколько раз принимался плакать, говорил, что дни его сочтены. На следующий день возобновилось отмеченное при поступлении и клинику настойчивое выпрашивание дополнительных лекарств, аргументируемое «депрессией из-за СПИДа и гепатита». Стойкие ипохондрические переживания и настойчивые просьбы о назначениях дополнительных лекарственных средств отмечались в течение недели, постепенно ослабевая. Состояние относительно стабилизировалось к 10-му дню лечения при сохранении стойкой ипохондрической фиксации на телесных ощущениях, повышенной тревоги и опасениях ухудшения самочувствия.

Несмотря на низкую оценку собственного состояния, пациент настоял на выписке, аргументируя это психологической невозможностью дальнейшего пребывания в клинике («стены давят»). Декларировал уверенность в том, что никогда не вернется к употреблению героина, в то же время признавал, что если «захочется кайфа, то устоять будет трудно». С неохотой признал, что влечение к наркотику до конца не исчезало ни в один из дней лечения. Наотрез отказался от длительного приема налтрексона, аргументируя отказ тем, что узнал от соседа по палате о токсических свойствах этого препарата.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
5. Составьте рекомендации пациенту и его родственникам после выписки (ПК-9).

### З а д а ч а 3

П а ц и е н т И., 29 лет, безработный.

Семейная отягощенность психическими (в том числе аддиктивными) расстройствами отсутствует.

Отец целеустремленный, ответственный, в связи с постоянной занятостью на работе воспитанием сына не занимался. Мать добрая, заботливая, уступчивая, недостаточно требовательна к детям.

Пациент — младший из двух сыновей. Рос здоровым. В детстве перенес несколько неосложненных инфекционных заболеваний. По характеру был открытым, общительным, подвижным. Легко ладил с окружающими. В школе учился неровно. По словам учителей, обнаруживал хорошие способности, но не прикладывал систематических усилий к учебе. Особых замечаний к его поведению у школьных преподавателей не было.

После школы поступил в строительный институт. К учебе относился небрежно, на 2-м курсе был отчислен и призван в армию. После демобилизации вновь поступил на вечерний факультет того же института и устроился на работу водителем. К учебе относился без интереса («лишь бы закончить»), больше думал о заработках. По выходным много времени проводил в компаниях приятелей, при этом часто выпивал (до 2 л пива или 200—300 г водки). Наличие похмельного синдрома в тот период отрицает. Женится на бывшей сокурснице. Семейная жизнь не задалась: жена требовала от него «правильного поведения», пыталась отучить от спиртного. Пациент пытался

сохранить независимость в поступках, из-за этого часто ссорился с женой. Спустя год после свадьбы они разошлись.

В этот период И. близко сошелся с компанией наркоманов, промышлявших мелкими кражами. Стал употреблять препараты опия систематически, сначала 2—3 раза в неделю, затем ежедневно и по нескольку раз в день. Опиоиды (экстракты маковой соломки и ацелированные препараты опия-сырца) вводил внутривенно вместе с растолченными таблетками димедрола. В дальнейшем к внутривенным введениям этой наркотической смеси добавились внутривенные введения реланиума. В течение нескольких месяцев после начала систематического употребления наркотиков пациент резко изменился: появилась скрытность, нередко исчезал из дому, не предупредив родителей, вел таинственные разговоры по телефону и прекращал их, если кто-нибудь входил в его комнату. В общении с родными появились лживость, изворотливость. Стал раздражительным, агрессивным. Отгородился от близких; по свидетельству матери, «вел себя, как чужой». Систематически требовал у родителей деньги. Перестал нормально питаться, быстро похудел. Подолгу засиживался в ванной комнате и в туалете.

Через 2 года по настоянию родных, добившихся от него признания в употреблении наркотиков, прошел курс лечения на дому с помощью частнопрактикующего врача. Воздерживался от приема наркотиков в течение 4 мес. В этот период несколько раз выпивал, но потом прекратил выпивки, испугавшись не свойственных ему ранее проявлений опьянения: оно наступало после приема сравнительно небольших доз алкоголя, ранее легко переносимых, и выражалось повышенной конфликтностью с готовностью к агрессии. В состоянии полного воздержания от приема ПАВ испытывал психический дискомфорт, проявлявшийся повышенной раздражительностью, нервозностью, тревогой, периодически возникавшим влечением к наркотикам и алкоголю. Без назначения врача начал употреблять феназепам, на фоне его действия чувствовал себя спокойнее. Суточная доза феназепама в отдельные дни доходила до 15 мг. Ничем не занимался, попытки найти работу носили декларативный характер.

После ссоры с девушкой выпил около 500 г водки; на следующий день чувствовал дрожь во всем теле, слабость, а также характерные для ОАС озноб, слезотечение, боли в позвоночнике и ногах. Испытывал резкую тревогу, практически непреодолимое желание употребить наркотик. Внутривенно ввел некоторое количество героина, быстро почувствовал выраженное облегчение. С этого дня употребление героина стало ежедневным, доза наркотика постепенно возрастала. Иногда употребление героина чередовалось с приемом ацелированных препаратов опия, опиаты употреблял в сочетании с димедролом.

По настоянию родителей обратился за помощью в клинику. Последнее употребление наркотика (героин в привычной дозе) произошло поздно ночью накануне госпитализации.

**Психическое состояние при поступлении в клинику.** Ориентировка во времени и в окружающей обстановке полностью сохранена. Выраженных расстройств памяти и внимания не выявлено. Вначале держится настороженно, в беседе с врачами пытается демонстрировать уверенность в себе, независимость. Самооценка завышена. На вопросы собеседников отвечает снисходительно, с долей насмешки. Больным себя не считает, с уверенным видом сообщает, что сам может вылечиться. После беседы с врачами, в ходе которой были представлены аргументированные доказательства тяжести и неблагоприятного прогноза наркотической зависимости, поведение пациента меняется, он начинает более критично оценивать проблему собственной болезни. В дальнейшем ведет себя достаточно предупредительно с сотрудниками клиники и другими пациентами; при этом в общении с родителями груб, капризен, требователен, легко раздражается. Тяготеет к манипулятивному поведению с родными: в ответ на обещание соблюдать лечебный режим требует принести ему телефон, плеер, деньги и т.д.

Проводилось купирование синдрома отмены опиоидов. Вечером на 2-й день лечения у больного возникло выраженное влечение к наркотику. Пациент жаловался на «депрессию», просил назначить ему «что-нибудь успокоительное, какие-нибудь антидепрессанты». Мимика и речь больного отражали тревогу, беспокойство. После принятия внутрь 50 мг клозапина состояние существенно не улучшилось. Повторное назначение 50 мг клозапина привело к развитию психомоторного возбуждения, стал рваться к дверям, говорил, что «здесь, на этой хате», ему делать нечего, «через

полчаса сюда оперативники приедут». В ответ на расспросы сообщал, что находится в квартире одного из своих приятелей, где регулярно собираются наркоманы. После непродолжительных уговоров пациент успокоился, согласился лечь в койку и принять лекарства. Ориентировка в окружающей обстановке частично восстановилась. После внутримышечного введения 5 мг галоперидола и 20 мг диазепама пациент заснул и спал 3 ч. Среди ночи проснулся, начал шарить в тумбочке и под кроватью, в ответ на расспросы объяснял, что здесь у него спрятан димедрол. Полагал, что находится в своей квартире, однако присутствию в ней посторонних лиц не удивлялся. В ответ на вопрос дежурной медсестры о том, кем она является, с ухмылкой ответил: «Соседка, наверное». Пожаловался на озноб, чиханье и боли в ногах. Клинический осмотр позволил выявить умеренные объективные признаки ОАО. тахикардию, потные ладони и лоб, мидриаз, слезотечение. После проведения соответствующей терапии пациент заснул и спал до утра. В течение следующего дня был вполне ориентирован в окружающей обстановке, вял, сонлив. Сохранялись жалобы на проявления синдрома отмены: озноб, мигрирующие боли в ногах и спине. Вечером вновь возникло нарушение ориентировки в окружающей обстановке, появилась тревога, стал спрашивать, зачем его «здесь заперли», говорил, что он «ни при чем, документы в полном порядке». Спустя сутки после купирования психоза практически исчезла абстинентная симптоматика, сохранялось лишь периодическое познабливание. В последующие дни признаков помрачения сознания не отмечалось. Клозапин, назначенный с целью коррекции сна на 8-й день депривации опиоидов в дозе 50—100 мг, не приводил к описанным выше психическим расстройствам. На фоне дальнейшего лечения стабилизировалось психическое и соматическое состояние, улучшились лабораторные показатели. Находился в клинике 16 дней, за это время поправился на 3,5 кг. Выписан с рекомендацией поддерживающего лечения налтрексоном.

**Катамнестические данные.** Период воздержания от употребления наркотиков на фоне несистематического употребления налтрексона составил 14 мес. Возобновил употребление героина при встрече со старыми приятелями. В течение 5 дней употреблял наркотик непрерывно с быстрым восстановлением физической зависимости. Спустя 4 мес. по настоянию матери вновь прошел курс лечения в клинике, выписан с рекомендацией контролируемого приема налтрексона. По косвенным данным, И. не употреблял наркотиков вплоть два года. Дальнейшие сведения о пациенте отсутствуют.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
5. Составьте рекомендации пациенту и его родственникам после выписки (ПК-9).

#### З а д а ч а 4

П а ц и е н т О., 43 года, безработный.

Наследственность психическими (в том числе аддиктивными) заболеваниями не отягощена. Родился в Ереване, где жил до 16 лет. Серьезных заболеваний не переносил.

В школе учился средне и к продолжению образования не стремился. По окончании школы переехал с родителями в Иркутск. Там был призван в армию, после службы вернулся домой и стал работать экспедитором в райпотребсоюзе. В дальнейшем сменил ряд мест работы в системе торговли и общепита. В 24 года стал директором магазина, годом позже заведующим торговой базой. Имел свободные заработки, рано приобрел привычку жить на широкую ногу, любил устраивать застолья.

В 23 года женился; в настоящее время живет с женой и двумя детьми. До начала употребления опиоидов уделял много внимания семье, заботился о жене и детях.

С молодых лет О. отличался обаянием, легко сходилась с окружающими, имел много приятелей, был «душой компании». Однако при внешней открытости и дружелюбии отличался недоверчивостью, был осторожен в принятии решений, старался многократно проверять информацию о людях, входивших с ним в контакт.

Примерно с 25 лет пациент стал злоупотреблять алкоголем. Предпочитал водку, выпивал до 500 г в день. Нередко пил до 4—5 раз в неделю. В ответ на протесты жены говорил, что выпивки неизбежны в связи с постоянными встречами с «нужными людьми».

В эти годы изменился характер больного: он стал раздражительным, желчным. Привычная недоверчивость, прежде скрываемая и известная лишь близким людям, стала заметной для окружающих. Появилась необоснованная ревность к жене. Возвращаясь домой в состоянии опьянения, пациент нередко устраивал жене сцены ревности, придирчиво выспрашивал ее, чем она занималась в течение дня, с кем встречалась, куда звонила и т.д.

В возрасте 29 лет впервые употребил наркотик: в компании приятелей ввел внутривенно 2 мл промедола. В дальнейшем употреблял промедол, омнопон и морфин от случая к случаю, 1—2 раза в год.

В возрасте 32 лет начал употреблять наркотические анальгетики (преимущественно морфин) 2—3 раза в месяц, затем чаще. Быстро сформировалась наркотическая зависимость. Несколько раз отмечались периоды воздержания от употребления наркотиков: сначала их продолжительность достигала полутора лет, в дальнейшем не превышала 2—3 мес.

В возрасте 37 лет перешел от приема официальных наркотических анальгетиков к систематическому употреблению маковой соломки и позже — ацелированных препаратов снотворного мака. Через год отмечено сочетанное употребление опиатов и препаратов снотворно-седативной группы: пациент внутривенно вводил диазепам (реланиум), а также раствор димедрола. Систематическое употребление опиоидов сопровождалось быстро нарастающими изменениями личности: больной стал скрытным, лживым, изворотливым, крайне раздражительным. Изменился круг общения: отошел от прежних приятелей, окружил себя людьми без определенных занятий и с сомнительной репутацией. В поведении больного появился прежде несвойственный ему эгоизм. Равнодушно реагировал на различные просьбы жены, отмахивался от нее, когда она указывала ему на те или иные домашние проблемы. Стал поздно являться на работу, дела вел небрежно. Спустя год после начала регулярного употребления опиоидов растратил значительные суммы казенных денег. Было возбуждено уголовное дело, находился под следствием в течение 4 мес; дело было закрыто стараниями отца, имеющего связи в городе. С тех пор практически не работал, перебивался случайными заработками. В настоящее время семья О. находится на содержании его отца. Пациент несколько раз пытался лечиться путем употребления больших доз спиртных напитков либо сочетанного употребления норфина и транквилизаторов. Дважды отмечались перерывы в употреблении наркотиков сроком 9 и 4 мес.

В клинику обратился по настоянию родных; в связи с тяжестью соматического состояния был госпитализирован в отделение интенсивной терапии и реанимации клиники. Последнее употребление ацелированных препаратов опия произошло накануне (за 9 ч до госпитализации).

**Психическое состояние при поступлении в клинику.** Ориентировка во времени, окружающей обстановке, собственной личности не расстроена. Мимика, жестикация, общая манера поведения отражают стремление внушить врачам впечатление о «тяжелой ломке». Речь отличается декларативностью, склонностью к патетике. Пациент заверяет собеседников в «максимальной серьезности» своего намерения прекратить употребление наркотиков. Высказывая опасения по поводу угрожающего ему крайне тягостного абстинентного состояния, настаивает на превентивном введении наркотических анальгетиков — «омнопона или хотя бы морфия»; при этом многозначительно сообщает о готовности «отблагодарить» врачей. Несколько раз высказывает настойчивые опасения, что на 3-й день воздержания от употребления наркотиков у него разовьется непереносимый физический дискомфорт. Поведение больного отличается демонстративностью, выраженной склонностью к рисовке. Придерживается малокорректируемых взглядов на оптимальные методы лечения наркомании. Высказывает настойчивую убежденность, что без недельного приема наркотических анальгетиков не сможет вылечиться. Не без успеха пытается одержать верх в дискуссиях с молодыми дежурными врачами.

Интеллект развит достаточно, круг представлений весьма обширен. Больной отличается пронизательностью, быстро улавливает нюансы в поведении сотрудников. Пытается интриговать, используя сложности в личных взаимоотношениях между некоторыми из них. Склонен к

завязыванию коротких отношений с медсестрами. Стремится к получению режимных послаблений: телефонных звонков, выхода на улицу и т.д.

**Лечение и динамика состояния.** На фоне купирования абстинентного синдрома испытывал умеренные проявления психофизического дискомфорта, однако пациент говорил, что в целом доволен лечением. Периодически высказывал опасения тревожно-ипохондрического характера, настойчиво убеждал сотрудников в необходимости назначения ему дополнительных препаратов для облегчения состояния, однако при этом был довольно весел, остроумен, дружелюбен. На 2-й день лечения (и 3-й день лишения опиоидов) было отмечено некоторое утяжеление абстинентного состояния. Пациент стал мрачен, раздражителен. Прежде общительный и открытый, он демонстративно замкнулся в себе. Отказался от таблеток, инъекций и инфузионных процедур. С подозрением реагировал на раздававшиеся в отделении телефонные звонки, на появление в отделении незнакомых ему сотрудников клиники. В ответ на расспросы о причинах своего поведения с неохотой признался, что не хочет принимать лекарства, так как уверен, что врачи и медицинские сестры подкуплены милицией и хотят его отравить. Крайне неохотно согласился на внутримышечное введение лекарств (5 мг галоперидола и 3 мг феназепам), после инъекций заснул и спал 4 ч. При пробуждении был хмур, но спокоен. Подозрений о недобрых намерениях сотрудников клиники не высказывал, однако настороженно относился к появлению посетителей. Усмехаясь, спросил дежурного врача, не являются ли визитеры переодетыми сотрудниками милиции, тут же добавил, что пошутил. Несколько раз выглядывал в окна. Насторожился, услышав шум подъехавшего автомобиля. После разговоров с дежурным врачом ненадолго успокаивался, но спустя какое-то время вновь делался подозрительным. Сообщил врачу, что полностью доверяет сотрудникам клиники, но боится, чтобы на них не оказали давления его недоброжелатели и не попытались нанести ему физический ущерб, либо подвергнуть его аресту. Внутримышечное введение 75 мг аминазина немного успокоило О., однако через час он стал еще более подозрительным, высказывал угрозы «поквитаться за все» с дежурной бригадой, пытался запереться в процедурном кабинете. После назначенных на ночь препаратов спал до утра без пробуждения. На следующий день проснулся раздраженным, был угрюм, уклонялся от обсуждения недавних событий, однако ближе к середине дня вновь стал весел, открыт, шутил над собственным вчерашним состоянием, которое объяснял плохим самочувствием. В последующие дни было отмечено ухудшение соматического состояния с фебрильной лихорадкой; проводились активная детоксикация и антибиотикотерапия. В ходе консилиума терапевта, кардиолога и инфекциониста обсуждался вопрос о наличии острой пневмонии, острого токсического гепатита, инфекционного эндокардита; предположение о наличии последнего в дальнейшем было отвергнуто. Эпизодов ухудшения психического состояния, подобных описанному ранее, в течение всего пребывания в клинике не отмечалось. Был весел, дружелюбен. Во время посещений жены (несмотря на то, что всегда ждал ее с нетерпением) настроение заметно менялось: становился раздражительным, подозрительным, грубым. Старался не допускать, чтобы жена входила во врачебный кабинет без него. Если же это происходило, то потом долго и придирчиво расспрашивал ее о содержании беседы. Несколько раз без серьезных к тому оснований упрекал жену в кокетстве с врачами.

Выписан в удовлетворительном соматическом и психическом состоянии и нормализованными лабораторными показателями с адаптацией к ежедневному приему налтрексона. При выписке сохранялись затруднения при засыпании, раздражительность, готовность к конфликтам с женой на почве ревности. Пациенту был рекомендован контролируемый прием налтрексона, назначены галоперидол, клозапин (азалептин), гепатотропная и ноотропная терапия. В течение 12 дней регулярно приходил в клинику на контрольные встречи с врачом. Подчеркнуто неохотно принимал налтрексон, отрицал влечение к наркотикам и алкоголю. В сопровождении жены вернулся домой, получив рекомендации противоречивого характера. Более поздние сведения о больном отсутствуют.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).

3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
5. Составьте рекомендации пациенту и его родственникам после выписки (ПК-9).

## **МОДУЛЬ: ЛЕЧЕНИЕ АЛКОГОЛИЗМА. ПСИХОТЕРАПИЯ И ДРУГИЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ В НАРКОЛОГИИ**

### **Тестовые задания**

#### **Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9**

#### **Вариант 1**

1. Согласно отечественному определению психотерапия – это:
  - а) особая профессия, требующая специальной подготовки;
  - б) взаимодействие между пациентом (пациентами) и терапевтом (терапевтами) с целью устранения нарушений поведения и болезненных состояний;
  - в) исцеление душой;
  - г) метод активизации процесса научения;
  - д) система лечебного воздействия на психику и через психику – на организм больного.
  
2. Актуальность теоретического наследия родоначальников отечественной нейрофизиологии для психотерапии связана с тем, что:
  - а) был заложен фундаментальный рефлексологический подход к изучению высшей нервной деятельности, обосновывающий поведенческий подход к психотерапии;
  - б) было обосновано современное понимание феномена гипноза;
  - в) было разработано используемое в настоящее время понимание феномена внушения;
  - г) было обосновано актуальное в настоящее время понимание рациональной психотерапии;
  - д) их исследования способствовали развитию психоаналитической психотерапии.
  
3. Из всех типов нервной системы считается наиболее совершенным (И.П.Павлов):
  - а) сильный уравновешенный тип;
  - б) сильный неуравновешенный тип;
  - в) слабый неуравновешенный тип;
  - г) слабый уравновешенный тип;
  - д) сангвинический тип.
  
4. В доказательной медицине показана клиническая эффективность следующих методов психотерапии:
  - а) психоанализа З.Фрейда и группанализа;
  - б) клинической психотерапии и психодрамы;
  - в) трансперсональной психотерапии и символдрамы;
  - г) когнитивно-поведенческой психотерапии и частично гипнотерапии;
  - д) трансактного анализа и арттерапии.
  
5. В последующей жизни индивида имеют значение:
  - а) врожденные особенности его телесной организации;
  - б) врожденные особенности его духовной организации;
  - в) наследственные творческие способности;
  - г) то, что включается в жизненный стиль индивида, формирующийся в первые 3-5 лет;
  - д) врожденная склонность к религиозности.

6. Психоаналитическая регрессия определяется:
- а) вытеснением либидо;
  - б) психическим процессом, благодаря которому психический акт способный быть осознанным, перемещаясь в систему бессознательного;
  - в) психическим процессом, благодаря которому бессознательный психический акт не допускается в ближайшую предсознательную систему;
  - г) возвратом сексуальности к архаическим основам;
  - д) возвратом либидо на более ранние ступени его развития.
7. Жизненный стиль индивида определяется:
- а) проявляющимися в общении с людьми архетипами;
  - б) властным отношением к людям;
  - в) проявлением в творчестве врожденных характерологических черт;
  - г) способом решения проблем возникающих в основных жизненных сферах;
  - д) способом деритуализации.
8. В отличие от театра в психодраме участник исполняет предписанную роль:
- а) наедине с психотерапевтом, чтобы показать ему нагляднее, через театральное преувеличение, свои симптомы;
  - б) в импровизированном представлении, активно экспериментируя с теми значимыми для него ролями, которые он играет в реальной жизни;
  - в) невротика, а психотерапевт – роль здорового;
  - г) не на сцене, а специальной психотерапевтической комнате;
  - д) невротика в семье, перед знакомыми по заданию психотерапевта.
9. Гештальттерапия ставит своей целью:
- а) проведение анализа вместе с членами группы своего индивидуального отношения к живой и неживой природе;
  - б) изучение вместе с участниками этого процесса психологических и логических закономерностей в группе;
  - в) изучение вместе с участниками различных характерологических вариантов для возможности прогнозировать переживания и поведение партнера в различных ситуациях;
  - г) пробуждение организмических процессов участников путем поощрения расширения осознания и продвижения по направлению достижения зрелости;
  - д) самоактуализацию духовной сексуальности.
10. Логотерапия, предложенная В. Франклом, направлена на:
- а) придание смысла жизни пациенту;
  - б) помощь пациенту разобраться в характерах людей по особенностям их речи и на основании этого строить с людьми дружеские отношения, смягчая свою душевную напряженность;
  - в) помощь пациенту спонтанно найти свой смысл жизни;
  - г) придание цели жизни пациента;
  - д) побуждение пациента к религиозному переживанию.
11. Теория игр в транзактном анализе определяется основным принципом:
- а) игра целебно смешит человека;
  - б) игра может огорчить человека (в случае проигрыша) и вызвать болезнь;
  - в) игра несет в себе древнюю жизнь наших предков;
  - г) любое общение полезно и выгодно для людей;
  - д) игры претворяют в себе работу «коллективного бессознательного».
12. Холотропная дыхательная техника – это метод:

- а) применения галлюциногенов при погружении в транс;
- б) применения психоделических растений при лечении депривации сна;
- в) соединения в себе дыхательной гимнастики йогов и музыкотерапии;
- г) соединения безлекарственного действия гипервентиляции и музыки;
- д) действия холотропно-соматически на организм.

13. К методам психоаналитической психотерапии относятся:

- а) имаготерапия;
- б) ортодоксальный психоанализ;
  - в) бихевиоральная психотерапия;
- г) когнитивная психотерапия;
- д) гештальт-терапия.

14. К методам когнитивной психотерапии относятся:

- а) рационально-эмотивная психотерапия;
- б) клиент-центрированная психотерапия;
- в) символдрама;
- г) поведенческая психотерапия;
- д) нейролингвистическое программирование.

15. Особенность клинической психотерапии состоит в том, что:

- а) истинной психотерапией считается лечение внушением, гипнозом, разъяснением и убеждением;
- б) для клинического психотерапевта имеет смысл вопрос, какой психотерапевтический метод сильнее, эффективнее;
- в) используются методы «глубинной», психоаналитической, трансперсональной психотерапии;
- г) это психотерапевтическое лечение довольно тяжелых больных в клинике или врачебной амбулатории.

16. Формируя первые научные представления о гипнозе, Д Брэд:

- а) полагал, что личность гипнотизера не оказывает серьезного воздействия на развертывающиеся перед ним явления;
- б) выдвинул «психонейрофизиологическую» теорию гипнотизма;
- в) полагал, что различные гипнотические феномены могут возникать в результате словесного внушения;
- г) считал, что гипнотизер подобен механику, приводящему в действие организмические силы организма;
- д) отбросил идею флюида.

17. Психологическая и психотерапевтическая помощь при переживании утраты в первую очередь направлена на:

- а) работу с личностью пациента;
- б) проработку чувств пациента по отношению к объекту привязанности;
- в) нейтрализацию негативных чувств по отношению к объекту привязанности;
- г) активизацию психологических процессов переживания горя и утраты;
- д) работу с детскими конфликтами, лежащими в основе привязанности к объекту;

18. Содержание терапевтического контакта в процессе психологического консультирования и психотерапии наиболее точно отражает термин:

- а) особый интимно-личностный контакт;
- б) эмпатический контакт;

- в) терапевтический перенос;
- г) терапевтический альянс;
- д) глубокий эмоциональный контакт.

19. Контрперенос в консультировании и психотерапии проявляется себя в поведении консультанта:

- а) состояниями «сверхвключенности» в ситуацию консультирования;
- б) переживанием ярких позитивных или негативных чувств по отношению к пациенту;
- в) различными чувствами и спонтанными ассоциациями в процессе консультирования;
- г) активизацией переживаний, сопряженных с личными проблемами;
- д) неосознанными действиями, искажающими терапевтический контакт;

20. Стойкая терапевтическая резистентность аддиктивного расстройства, как правило, сопряжена с:

- а) коморбидными психическими расстройствами;
- б) проблемами созависимости в семье пациента;
- в) расстройством личности пациента;
- г) недостаточной эффективностью проводимой психотерапии;
- д) низкой мотивацией пациента;

21. Психотерапевтическая тактика лечения хронического алкоголизма - это все перечисленное, кроме:

- а) преобразование алкогольной позиции больного;
- б) осознание необходимости меняться в процессе динамики жизненного процесса особенно при наличии решения лечиться;
- в) формирование мотива к трезвости;
- г) адаптация больного к его микросреде на уровне трезвенности;
- д) формирование у больных свойств трезвенника.

22. В психотерапевтическом кабинете психоневрологического диспансера проводится лечение пациентов, кроме:

- а) с нарушениями физиологических функций психогенной этиологии;
- б) с острыми реакциями на стресс;
- в) с нарушениями семейного функционирования;
- г) с манифестными психотическими расстройствами;
- д) с расстройствами личности.

23. Влияет ли степень мотивации к отказу от табакокурения на эффективность лечения?

- а) да
- б) нет

24. Тактика ведения пациента при неудачной попытке отказа от курения

- а) запретить отказ от курения
- б) назначить повторный курс лечения
- в) направить пациента к психиатру
- г) увеличить дозу лекарственных препаратов

25. Основные принципы проблемно-ориентированной психотерапии:

- а) ориентированность на проблему
- б) ориентированность на пациента
- в) плюрализм методов
- г) структурированность

д) все перечисленные выше

26. Основными видами эмоционально-стрессовых воздействий являются все перечисленные, кроме

- а) психогенных воздействий
- б) тимогенных воздействий
- в) психосоматических и эндогенно-процессуальных воздействий
- г) стрессогенных воздействий

27. Самая примитивная ступень развития либидо - это

- а) садистско-анальная
- б) генитальная
- в) комплекс Электры
- г) оральная
- д) кишечная

28. Регрессия - это (З.Фрейд)

- а) вытеснение либидо
- б) процесс, благодаря которому психический акт, способный быть осознанным, делается бессознательным, перемещаясь в систему бессознательного
- в) процесс, благодаря которому бессознательный психический акт не допускается в ближайшую предсознательную систему
- г) чисто психический процесс возврата сексуальности к архаическим основам
- д) возврат либидо на более ранние ступени его развития

29. Работа сна состоит (Юнг)

- а) в маскировке бессознательных желаний
- б) сон продуцирует определенную мысль
- в) с помощью сна инстинктивные силы влияют на активность сознания; символы сна есть проявления той сферы, которая вне контроля разума
- г) в работе сна нет смысла и целенаправленности

30. Появление чувства неполноценности особенно сильно способствуют (А.Адлер)

- а) физические недостатки у детей, воспринимающих их как жизненные препятствия
- б) изнеженность в детстве, побуждающее видеть повсюду врагов
- в) упорство и терпеливость ребенка
- г) выраженная "взрослая" самостоятельность ребенка
- д) правильно а) и б)

31. В рамках какой теоретической ориентации дано следующее определение психотерапии: "Психотерапия - это процесс взаимодействия между двумя или более людьми, один из которых специализировался в области коррекции человеческих отношений"?

- 1) динамической
- 2) гуманистической
- 3) когнитивной
- 4) поведенческой

32. Если невроз понимается как следствие конфликта между бессознательным и сознанием, то психотерапия будет направлена на:

- а) переучивание
- б) осознание
- в) приобретение нового опыта

г) переработку иррациональных установок

33. Клиент-центрированная психотерапия предполагает:

- а) использование свободных ассоциаций
- б) директивное отношение психотерапевта к пациенту
- в) работу с иррациональными установками личности
- г) изменение системы отношений пациента

34. Понятия "перенос" и "контрперенос" относятся к следующим направлениям психотерапии:

- а) когнитивной
- б) позитивной
- в) психодинамической
- г) гуманистической

35. В "триаду Роджерса" входят все элементы, кроме:

- а) аутентичность
- б) директивность
- в) безусловная положительная оценка (принятие) пациента
- г) эмпатия

36. Основное в учении Карла Роджерса:

- а) психоанализ
- б) гештальт-терапия
- в) терапия, центрированная на пациенте
- г) индивидуальная психотерапия
- д) аналитическая психотерапия

37. Психология малой группы включает в себя все нижеперечисленное за исключением понятий:

- а) роль
- б) норма
- в) лидерство
- г) индивидуальность
- д) групповой процесс

38. Оптимальным стилем руководства психотерапевтической группой является:

- а) авторитарный
- б) демократический
- в) либеральный
- г) анархический
- д) антиавторитарный

39. Рациональная психотерапия в классическом своем варианте особенно эффективна для лечения

- а) атактичных переживаний
- б) душевно ограниченных пациентов с истеро-невротическими расстройствами
- в) психастеников
- г) всевозможных навязчивостей и мягких параноидальных
- д) ни одно из перечисленных

40. Конфронтация направлена на то, чтобы заставить другого:

- а) осознать свои межличностные отношения

- б) изменить их
- в) проанализировать их
- г) исследовать себя
- д) все перечисленное

41. Материалом для психоанализа, по Фрейд, может служить все нижеперечисленное за исключением:

- а) свободных ассоциаций
- б) реакций переноса
- в) состояния сомнамбулы
- г) сопротивления
- д) сновидений

42. Трансфер - это:

- а) особое состояние сознания
- б) термин из техники психоанализа
- в) перенос на врача чувств пациента
- г) перенос врачом чувств на пациента
- д) ошибочное понимание настоящего посредством прошлого

43 Основателем транзактного анализа является:

- а) Адлер
- б) Берн
- в) Роджерс
- г) Перлс
- д) Юнг

44. Сертификация личности, по Берну, следующая:

- а) Отец, Мать, Ребенок
- б) Взрослый, Ребенок, Родитель
- в) Родитель, Наставник, Ребенок
- г) Врач, Родитель, Ребенок
- д) Отец, Сын, Врач

45. Процесс развития "психодрамы" предусматривает:

- а) раскрепощение двигательной активности участников
- б) стимуляцию спонтанных поведенческих реакций
- в) фокусировку членов группы на конкретной теме
- г) психодраматическое действие и его последующее обсуждение
- д) все перечисленное в совокупности

46. В основе гештальт-терапии лежит:

- а) психоанализ
- б) бихевиоризм
- в) экзистенциализм
- г) гештальт-психология
- д) все перечисленное

47. Основами какого метода психотерапии являются понятия "отношение фигуры и фона", "осознание чувств и сосредоточенность на настоящем", "единство и борьба противоположностей", "функции и защиты", "принятие ответственности на себя":

- а) психоанализа
- б) аналитической психотерапии Юнга
- в) индивидуальной психотерапии Адлера
- г) гештальт-терапии
- д) клиентцентрированной терапии Роджерса

48. Рационально-эмоциональная терапия Эллиса представляет собой:

- а) один из способов когнитивного реструктурирования; момент когнитивно-бихевиорального развития ортодоксальной поведенческой терапии
- б) способ диагностики иррациональных убеждений и систематического замещения их рациональными представлениями
- в) "атаку" и разрушение иррациональных компонентов мышления
- г) терапию, основывающуюся на положении о том, что придерживаться рациональной системы убеждений - значит гарантировать себе жизнь, полную фрустраций
- д) правильно 1) и 2)

49. Внушение действует обычно тем сильнее, чем:

- а) критичнее пациент относится к тому, что ему внушают
- б) спокойнее, будничнее держится психотерапевт
- в) тоньше, глубже размышление о механизме совершающегося с ним в это время
- г) сильнее охвачен пациент верой в психотерапевта
- д) более склонен пациент к психоаналитической терапии

50. Для погружения в гипноз лучше применять:

- а) слабые монотонные раздражители
- б) полифонические раздражители
- в) сильные раздражители
- г) словесное внушение
- д) сочетание вербального внушения с воздействием слабых монотонных раздражителей

### Ситуационные задачи

#### Задача 1

Больной X., 24-х лет.

Наследственность отягощена алкоголизмом у отца, родители рано развелись, воспитывался бабушкой, жил в стесненных материальных условиях. Данных о раннем психомоторном развитии нет. В школе отучился 5 лет, затем школу бросил. Сам объясняет это тем, что в семье было мало денег, из-за этого не имел нужного количества школьных принадлежностей, подвергался насмешкам одноклассников. Признает, что учиться было трудно, не всегда справлялся. Несколько лет ничем не занимался, «гулял». Более нигде не учился. С 16 лет работал на неквалифицированных работах, затем получил специальность столяра, был продавцом. Сменил несколько мест работы, якобы везде справлялся, менял работу в поисках более высокой зарплаты. Женат, имеет маленького ребенка, живет с семьей жены, отношения с ее родителями конфликтные. По его словам, сам пришел в РВК для постановки на учет, иначе не мог найти работу, при приписке был признан здоровым. Не был призван в срок, так как уклонялся от службы, жил в это время по другому адресу. Два последних года начал играть на игровых автоматах, по его словам делал это почти ежедневно, несмотря на проигрыши. Нравился процесс игры, деньги занимал, сейчас имеет долг около 200000 тысяч рублей. Со слов жены, проигрывал зарплату, играл по несколько часов в день. Прекратил игру, когда жена была беременна, потом возобновил. Уносил из дома деньги, вещи, начал часто алкоголизироваться. За несколько месяцев до призыва в армию работать перестал, мотивируя тем, что «все равно всю зарплату проигрывал». Служить в армию пошел по своей инициативе, «чтобы уйти от всего этого», при этом имел в виду игровую зависимость, жизнь с тещей. Надеялся, что

жена будет во время его службы получать пособие. В армии столкнулся с дедовщиной, пособие вовремя не начислили. Тогда самовольно сбежал из воинской части. Находился дома, не работал. В связи с побегом было возбуждено уголовное дело. Жена характеризует мужа как спокойного, заботливого, однако, в последние 2 года он стал раздражительным, вспыльчивым, часто был в плохом настроении, угрожал суицидальными попытками. Сам пациент считает себя вспыльчивым, неуравновешенным, склонным к агрессивным реакциям. Обратился за психиатрической помощью в связи с плохим настроением и игрой на автоматах. Был госпитализирован на отделение неврозов.

При беседе с врачом вначале был напряжен, недоверчив, сказал, что вопросы ему не нравятся, потом стал отвечать немного более охотно. Словарный запас беден, затрудняется в описании своего душевного состояния, мотивов поведения. Некоторые вопросы не может понять, требуется повторять их в более простой формулировке. Круг интересов ограничен, не читает («не любит этого»), по телевизору смотрит только развлекательные передачи. Суждения поверхностны, инфантильны, всерьез не обеспокоен своей судьбой, перспективами семьи. Знает о возбуждении уголовного дела, не информирован точно о грозящем наказании, «наверное, пошлют в дисбат», не представляет, как будет там служить. К ситуации не достаточно критичен.

В отделении был конфликтен, вспыльчив, легко давал аффективные реакции на ситуации, которые ему не нравились.

По результатам психологического исследования выявлена личностная эмоциональная незрелость, черты эксплозивности, высокий уровень агрессивности. Интеллектуальный уровень соответствует низкой границе нормы.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
5. Составьте рекомендации пациенту и его родственникам после выписки (ПК-9).

## Задача 2

Больная Г., 34 года.

Наследственность не отягощена. Мать характеризует больную изначально как спокойную, общительную, склонную к капризам и упрямую. Сама пациентка считает себя с детства замкнутой. Говорит о том, что в школе подвергалась насмешкам одноклассников, так как была толстой. С подросткового возраста появились припадки по типу абсансов, с 17 лет присоединились большие судорожные припадки. Был поставлен диагноз эпилепсии. Получила высшее образование, работала. Много лет находится на инвалидности по неврологическому заболеванию. Несколько лет работала уборщицей. Живет с родителями, своей семьи не создала. Получает противосудорожное лечение, по словам матери, последний припадок был 2 года назад. Была несколько лет членом общества больных «Новые возможности».

На протяжении 5 лет появилось сгибание тела влево при ходьбе, иногда «заплетаются» ноги. Чтобы удержать равновесие, ходит, изогнувшись вправо. Описывает самопроизвольное вращение головы. Считает это следствием противосудорожной терапии. По словам матери, стала раздражительной, бывают немотивированные перепады настроения. Госпитализирована в психиатрическую больницу (психотерапевтическое отделение) по собственной инициативе для подбора лекарств.

В отделении общительна. Ходит, вычурно изгибаясь, прихрамывает, опирается на палку. Иногда изогнутым концом палки тянет себя за шею. Отмечается капризность, упрямство и демонстративность в поведении.

Во время беседы охотно и много рассказывает о своей болезни. Говорит с удовольствием, стремится произвести впечатление. Рассказывает о своих необычных способностях (узнавание мыслей), о понимании процессов своего тела и сущности болезни. При этом от конкретных ответов

уклоняется или приводит примитивные примеры. Продемонстрировала двигательные нарушения. Сказала, что занимается зарядкой, бегает по утрам вокруг отделения, во время бега тело наклоняется меньше, чем при ходьбе.

Считает, что за последние годы она стала гораздо общительнее, превратилась в лидера, любит быть в центре внимания, «душа компании».

Планирует после выписки работать уборщицей, говорит, что ей нужно двигаться. Надеется на получении квартиры, стоит в очереди. Надеется выйти замуж и, возможно, родить ребенка. Настроение характеризует, как хорошее. Интеллект сохранен.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
5. Составьте рекомендации пациенту и его родственникам после выписки (ПК-9).

### Задача 3

Больная Т., 16 лет.

Мать лишена родительских прав, сведений об отце нет. По данным медицинских документов известно, что родилась в срок, в детстве часто болела соматическими заболеваниями. Не справилась с программой массовой школы. Обследовалась в детском отделении психиатрической больницы, после чего была переведена в интернат для детей с умственной отсталостью, жила и обучалась там. С учебой справлялась удовлетворительно, вела себя правильно, была активна, занималась художественной самодеятельностью.

Год назад познакомилась с компанией молодых людей старше себя по возрасту, начала половую жизнь, стала выпивать, нюхала клей. Убегала из интерната, возвращали с помощью милиции. Стала дерзкой, грубой, легко возбудимой. По ее словам, полгода назад была избита на улице, теряла сознание, чувствовала тошноту и головокружение. В связи с нарушениями поведения была госпитализирована в психиатрическую больницу.

В отделении вела себя спокойно, соблюдала режим, была трудолюбива, послушна, помогала медицинскому персоналу. Просила врача о продлении стационарного лечения, явно не желала возвращаться в интернат. При беседе была спокойна, отвечала на вопросы быстро, обнаруживала достаточный словарный запас. Здроаво судила о житейских событиях. Свое отставание в начальных классах объясняла частыми болезнями, тем, что много лечилась в стационарах, пропускала занятия. Описывала затруднения в чтении, говорила, что ей трудно воспринимать слово целиком, призналась, что и сейчас трудно читать вслух, может пропускать и переставлять буквы. Рассказывала о том, что поддерживала контакт с родителями отца, которые хотели установить опеку над ней, но им отказали в связи с возрастом. Три месяца назад бабушка умерла, считала, что для нее это был «шок». Свои уходы из интерната объяснила тем, что жила у бабушки, помогала ему по хозяйству. Защищала свою компанию, говоря, что там хорошие люди, что они вместе играли, гуляли. Отрицала половую жизнь, ингаляции клея. Подтвердила, что выпивала в компании. В состоянии опьянения становилась злой и агрессивной. Признаков зависимости не выявилось. Конфликты в интернате отрицала, но говорила, что сейчас «налаживает» отношения с классным руководителем. В будущем планировала поступить в училище, получить специальность швеи. Также хотела поступать в вечернюю школу, учиться музыке. Себя не считала умственно отсталой. Сказала, что знает о диагнозе, что это не мешает ей жить. То, что учится в специализированном интернате, так же воспринимала спокойно, «я понимаю, что где-то надо получать образование».

По результатам психологического исследования выявлено замедление динамики психических процессов, затруднения концентрации и переключения внимания, ослабление памяти,

невысокий уровень абстрагирования. Интеллектуальный уровень расценен, как снижение по типу социально-педагогической запущенности.

Невролог диагностировал резидуальную перинатальную энцефалопатию, легкие остаточные явления ЗЧМТ.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
5. Составьте рекомендации пациенту и его родственникам после выписки (ПК-9).

#### Задача 4

Больная Н., 47 лет.

Личность инфантильная, несамостоятельная, с чертами зависимости и демонстративности, чувствительная, принимающая все близко к сердцу. Любит находиться в центре внимания, «эмоциональный лидер». С детства отмечает прогрессирующее снижение зрения, которое особенно усилилось после начала работы бухгалтером. Профессию бухгалтера получила по инициативе матери, самой эта работа не нравилась. Сейчас инвалид 2 группы по нарушению зрения. Была замужем, брак распался по инициативе мужа, который оставил больную. Имеет взрослую дочь, которая живет отдельно своей семьей. Считает, что мать, женщина властная, «давила на нее», подчиняла своей воле. Впоследствии также «давил» и муж, отбирал у нее деньги, сам покупал еду. Сейчас и дочь также «давит» на нее. Пыталась устроить жизнь с другим мужчиной, но у него не сложились отношения с ее дочерью, поэтому она с ним рассталась. После этого стала очень религиозной, «пришла в церковь», на общественных началах помогает в работе воскресной школы, «нашла себя в этом». Два года опекает мальчика из неблагополучной семьи. Надеялась помочь ему, «сделать хорошим человеком», вкладывала в него душу. Приводила мальчика к себе домой, играла с ним, занималась. Родные больной были против ее занятий с мальчиком, пытались ее отговорить. В последнее время обстановка стала конфликтной, так как мама мальчика была настроена против больной, сама стала проводить с ним больше времени, познакомилась со своим сожителем. Больная очень переживала из-за этого, замечала, что мальчик как-то отдаляется от нее, вынужден лгать. На этом фоне в последние месяцы появилась тревога, пониженное настроение, пропал аппетит, хуже спала. Несколько раз возникали приступы с дрожью всего тела, особенно кистей рук. Обследовалась у неврологов, патологии не было найдено. Была госпитализирована в психиатрическую больницу.

В отделении поведение упорядоченное, в меру общительна с больными. Посещает реабилитационное отделение.

При беседе с врачом охотно разговаривает, чувствуется, что довольна вниманием. Манера держаться, разговаривать, интонации носят детский характер. Суждения инфантильны, незрелы. Сказала, что по субъективным ощущениям ей около 20 лет. Рассказывая о посещении ПРО, сообщает, что лепила там фигурки из глины: «ангела с крылышками, цыпленка, мальчика». Очень подробно, эмоционально окрашено рассказывает о своих взаимоотношениях с мальчиком и его семьей. О своих родственниках говорит с обидой, как о людях, не понимающих и давящих на нее. Считает, что все расстройства у нее связаны с переживаниями. Оценивает ситуацию таким образом, что она «взяла на себя слишком многое и не справилась». Просит о выписке домой, хочет поскорее вернуться к посещению церкви, занятиям с мальчиком.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

4. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
5. Составьте рекомендации пациенту и его родственникам после выписки (ПК-9).

## МОДУЛЬ: МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

### Тестовые задания

Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-8, ПК-9

#### **Задание #1**

*Вопрос:*

Нарушение пищевого поведения в форме нервной анорексии чаще требует дифференциального диагноза с расстройствами при:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) алкоголизме
- 2) маниакально-депрессивном психозе
- 3) шизофрении
- 4) эпилепсии

#### **Задание #2**

*Вопрос:*

Выберите из нижеперечисленного психосоматические заболевания:

*Выберите один из 3 вариантов ответа:*

- 1) системная красная волчанка
- 2) посттравматическое стрессовое расстройство
- 3) ишемическая болезнь сердца

#### **Задание #3**

*Вопрос:*

Для невротического синдрома нарушения дыхания характерно:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) приступы экспираторной одышки, сопровождающиеся сухими жужжащими хрипами, слышными на расстоянии
- 2) одышка усиливается при незначительной физической нагрузке и сопровождается цианозом
- 3) периодически возникает чувство нехватки воздуха, ощущение неполноценности воздуха; цианоз и хрипы отсутствуют
- 4) приступы одышки возникают в ночное время и сопровождаются влажными хрипами в нижнезадних отделах легких

#### **Задание #4**

*Вопрос:*

Причинами невротического расстройства не являются:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) внутриличностный конфликт
- 2) аддиктивные расстройства
- 3) психотравмирующая ситуация

4) биологическая предрасположенность индивида

### **Задание #5**

*Вопрос:*

Какой тип стресса наименее характерен для развития язвенной болезни?

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) перемещение и переезды за пределы привычного жизненного пространства
- 2) переживание потери значимого объекта
- 3) ситуация ожидания
- 4) страх потерять работу, чье-то расположение, признание

### **Задание #6**

*Вопрос:*

Хроническая психическая травма вызывает:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) невротическое расстройство
- 2) шизофрению
- 3) деменцию
- 4) эпилепсию

### **Задание #7**

*Вопрос:*

Постоянная озабоченность едой и непреодолимая тяга к еде в большей степени характерны для:

*Выберите один из 3 вариантов ответа:*

- 1) больных с обсессивно-фобическим расстройством
- 2) больных с депрессией
- 3) больных с нервной булимией

### **Задание #8**

*Вопрос:*

Для конверсионных расстройств наименее характерен конфликт:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) между уровнем притязаний и уровнем возможностей
- 2) между потребностью проявить себя и отсутствием положительного подкрепления
- 3) между сексуальными потребностями и требованиями среды
- 4) между потребностью в независимости и зависимым положением

### **Задание #9**

*Вопрос:*

К симптомам неврастения не относятся:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) раздражительность
- 2) быстрая утомляемость
- 3) устойчиво тоскливое настроение
- 4) расстройства настроения

### **Задание #10**

*Вопрос:*

Для невротической депрессии характерно:

*Выберите один из 3 вариантов ответа:*

- 1) пессимистическое отношение не ограничивается зоной психо-травмирующей ситуации, наличие идей самообвинения
- 2) отражение в симптомах психотравмирующей ситуации, отчетливые суточные колебания настроения
- 3) выраженный компонент борьбы с болезнью, отражение в симптомах психотравмирующей ситуации

### **Задание #11**

*Вопрос:*

Признаком, позволяющим заподозрить аффективное расстройство, лежащее в основе потребления психоактивных веществ, является:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) гедонистическая мотивация
- 2) групповая психическая зависимость
- 3) эйфория в момент приема
- 4) нерегулярный сезонный характер потребления веществ

### **Задание #12**

*Вопрос:*

Больные с невротическим спазмом пищевода:

*Выберите один из 3 вариантов ответа:*

- 1) с трудом глотают как твердую, так и жидкую пищу
- 2) легче глотают твердую пищу
- 3) легче глотают жидкую пищу

### **Задание #13**

*Вопрос:*

Из указанных препаратов к транквилизаторам относится:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) миансерин
- 2) диазепам
- 3) эглонил
- 4) прозак
- 5) тиоридазин

### **Задание #14**

*Вопрос:*

Для соматизированной эндогенной депрессии характерно:

*Выберите один из 3 вариантов ответа:*

- 1) стойкость клинических проявлений болезни, хороший эффект при лечении антидепрессантами, сенесто-ипохондрические проявления при отсутствии органических нарушений, ранние пробуждения
- 2) понимание связи своего состояния с психотравмирующей ситуацией
- 3) отражение в симптомах психотравмирующей ситуации, выраженный компонент борьбы с

болезнью

### **Задание #15**

*Вопрос:*

Для обсессивно-фобических расстройств характерны невротические конфликты между:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) потребностью в быстром достижении успеха и адекватными усилиями
- 2) желаниями и долгом
- 3) потребностью в независимости и зависимым положением
- 4) потребностью достижения успеха в различных областях жизни и невозможностью совместить эти потребности

### **Задание #16**

*Вопрос:*

Аутоагрессивные действия более характерны для больных:

*Выберите один из 3 вариантов ответа:*

- 1) с дисморфоманией
- 2) с дисморфофобией
- 3) с арахнофобией

### **Задание #17**

*Вопрос:*

Какой тип внутриличностного конфликта наиболее характерен для психосоматических заболеваний?

*Выберите один из 3 вариантов ответа:*

- 1) между желаниями и долгом
- 2) между эмоционально значимыми отношениями и агрессивными тенденциями
- 3) между возможностями личности и её завышенными требованиями к себе

### **Задание #18**

*Вопрос:*

Как соотносятся понятия «механизмы совладания» и «механизмы психологической защиты»?

*Выберите один из 3 вариантов ответа:*

- 1) понятия близки по своему содержанию, их отличие в параметре активности /конструктивность/ - пассивности /неконструктивность/
- 2) понятия являются синонимами, совпадающими по значению друг с другом
- 3) диаметрально противоположные и исключают друг друга

### **Задание #19**

*Вопрос:*

Холинолитический синдром включает в себя следующие нарушения, кроме:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) повышенной температуры тела
- 2) делирия с дезориентировкой
- 3) ажитации
- 4) мидриаза
- 5) потливости

## **Задание #20**

*Вопрос:*

Для больных неврастенией не характерно:

*Выберите один из 3 вариантов ответа:*

- 1) перекладывание ответственности за свои проблемы на окружающих
- 2) завышенная самооценка
- 3) превышение требований к себе над личными ресурсами

### **Ситуационные задачи**

Задача № 1.

Больной Я., 31 года, безработный. Наследственность не отягощена. Единственный ребёнок в семье. Живёт с родителями и бабушкой. Рос и развивался правильно. Посещал детские дошкольные учреждения, плохо привыкал, плакал, просился домой. В школе учился хорошо по гуманитарным дисциплинам, точные науки давались хуже, боялся «этих уроков», нередко заболел перед контрольными. Отношения со сверстниками складывались неровно, часто подвергался насмешкам, не мог постоять за себя, панически боялся драк и физической боли. Был боязливым, необщительным, мнительным. В то же время в глубине души сверстников презирал за отсутствие душевной тонкости, приземлённость интересов, грубость. С подросткового возраста стал сочинять стихи, маленькие рассказы, никому их не показывал, так как боялся оценки, мечтал о карьере журналиста, представлял, как будет писать «обличительные» статьи, выводить на чистую воду «пороки и мерзость окружающих», в воображении рисовал картины своего триумфа, популярности, славы. Поступил учиться на филологическое отделение университета. В группе чувствовал себя крайне неуверенно, напряжённо, не мог общаться. Обращался к другим студентам только в случае крайней необходимости. Учиться начал «с жаром», но скоро обнаружил, что преподаватели не оценивают в полной мере его способности, занижают оценки, придираются. Быстро сник, появились задолженности, стал пропускать занятия. В это же время много продолжал писать «в стол». Стеснялся знакомиться с девушками. Из-за робости и боязливости не мог подойти первым, сами девушки к нему интереса не проявляли. Очень переживал из-за этого, чувствовал свою ущербность, в то же время считал, что современные девушки, «грубые, бесчувственные, меркантильные», не способны оценить тонкость его натуры.

Часто жаловался на слабость, головные боли, нарушения сна, колебания настроения. В связи с этим несколько раз лечился в психиатрической больнице на отделении невротозов. После выписки обычно лечение принимал нерегулярно, врача посещал изредка. В последствии из института был отчислен. Не учился, не работал. Изредка писал в газеты небольшие заметки «философски-злободневного содержания». Почти ничего не зарабатывал. С одной из газет порвал отношения из-за неприятия линии газеты. Жил дома с родителями, относился к ним тепло, сопереживал их неприятностям и проблемам. С девушками знакомился по объявлениям в газете, переписывался, лично встречаться боялся. Был увлечён дочерью семьи врачей Р., которые жили в соседнем доме, она приветливо с ним здоровалась, когда попытался с ней заговорить, она засмеялась, понял. Что он ей не интересен. Нашёл общение в литературном кружке «эзотерического направления». Выступал там с сообщениями, в кружок входили в основном женщины, общался с ними как с «коллегами-единомышленниками».

Незадолго до поступления в психиатрическую больницу отец больного потерял работу, а матери долго не выплачивали зарплату. Очень переживал за них. Однажды услышал по радио выступление врача Р., которое ему не понравилось, задело своей «амбициозностью», почувствовал ненависть к Р, «которые хорошо живут, купаются в деньгах», тогда как родители больного бедствуют, неудачники. Несколько раз видел дочь Р. в окне напротив, когда она переодевалась, не задёрнув занавески. Вспомнил, что когда-то она «отвергла» его, решил, что теперь она специально издевается над ним, устраивает «сексуальные провокации». Написал несколько писем Р. с угрозами

и требованием «убраться из их района». В связи с таким поведением был повторно госпитализирован. В стационаре охотно рассказывал о своём состоянии, старался поразить врача своей эрудицией, мышление резонёрское с элементами паралогии. Согласился с тем, что написал Р. «идиотское письмо», но оправдывает себя тем, что он человек «особого склада, впечатлительный», а Р. «взяла в своём выступлении антимедицинский уклон», чем «задела его обострённое восприятие в момент душевного отчаяния». Сказал, что он вообще любит всем писать, это легче, чем общаться. Память, интеллект сохранены. Манеры, внешние проявления эмоций обеднены. В отделении подчеркнуто вежлив и корректен.

Соматически здоров.

В неврологическом статусе выявлены резидуальные явления родовой травмы и постгипоксической энцефалопатии.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
3. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
4. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

#### Задача № 2

Больной М., 17 лет. Отец страдал шизофренией, мать с ним развелась, когда ребёнку было 1,5 года. Родился здоровым, развивался нормально. Воспитывался с участием отчима, рос старшим из 2-х детей. Посещал детский сад, был эмоциональным, подвижным, общительным. Учился посредственно, закончил 9 классов общеобразовательной школы. Был добросовестным, спокойным, уравновешенным, с одноклассниками складывались дружеские отношения. На критику реагировал адекватно, в драках не участвовал. Поступил в училище по специальности ювелир, но учебу прекратил. Большую часть времени проводит дома, помогает матери и сестре. В семье отношения хорошие. Алкоголь употребляет очень редко. Серьезных заболеваний, травм головы не было.

Когда мальчику было 15 лет, осенью вместе с семьей подвергся ограблению. При этом отчим получил ранение ножом в живот, мать после попыток была вынуждена отдать деньги, накопленные для покупки квартиры. Впоследствии семье угрожали убийством из-за ситуации опознания. Отчим после этого ушел из семьи. На этом фоне у больного понизилось настроение, испытывал тревогу, страх за свою жизнь и жизнь близких. Нарушился сон, аппетит, понизилась работоспособность. Прекратил учебу в училище. В памяти навязчиво всплывали воспоминания о ситуации нападения, ранения отчима, угроз. Часто видел сны, в которых ему кто-то угрожал, был вынужден бежать, спасаться, прятаться, ложился спать с ножом или топором. Просыпался с сильным чувством страха, сердцебиением. К лету переживания стали ослабевать, чувствовал себя спокойно. Но с наступлением осени состояние вновь ухудшилось, усилились страхи, тревога, нарушения сна. Лечился в отделении неврозов, был выписан в хорошем состоянии. Иногда ближе к вечеру возникало чувство тревоги, возникали кошмарные сновидения. Через несколько месяцев на фоне возобновившегося уголовного дела тревога усилилась. Стал более раздражителен, обидчив, мнителен. Был повторно госпитализирован.

При поступлении охотно беседовал, при затрагивании ситуации ограбления становился тревожным, появлялись вегетативные реакции. Ухудшение состояния связывал с возобновлением уголовного дела, возобновившимися угрозами со стороны нападавших. Подтвердил, что «переживания травмы сохраняются», что часто вспоминается и снится случившееся.

В неврологическом статусе явления вегетативно-сосудистой дистонии.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
3. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).

#### 4. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

##### Задача № 3

Больной Т., 37 лет.

Наследственность отягощена алкоголизмом у отца. Рос и развивался правильно. Окончил среднюю школу, учился хорошо, поступил в военное училище, впоследствии много лет служил в воинской части, имел звание майора. Женат, двое детей, отношения в семье спокойные. Алкоголь употреблял в праздники и выходные дни. Был спокойным, старательным, не любил конфликтовать, придавал серьезное значение мнению о себе окружающих. Взысканий по службе не имел. 3 года назад при проверке пистолета- ракетницы случайным выстрелом убил мальчика на территории части. Было возбуждено уголовное дело, родные пострадавшего требовали серьезную материальную компенсацию. Тяжело переживал случившееся, хотя виновным себя не считал. Стал плохо спать, пропал аппетит, нервничал, отмечались колебания артериального давления, Появилась неуверенность, тревожность, замечал, что сослуживцы смотрят на него и сочувственно и неуважительно одновременно. От службы на время расследования был отстранен. Находился на лечении в отделении неврозов, после выписки стал немного спокойнее, но сохранялась повышенная тревожность, чувство внутреннего напряжения, настроение легко менялось в зависимости от ситуации, Из армии был комиссован. Был даже рад этому обстоятельству, так как отношения с сослуживцами начали его тяготить, «все время как невидимая черта между мной и ими». Работал мастером по ремонту телефонного оборудования, с работой справлялся, но давалось это с напряжением, нервничал, часто испытывал неуверенность, обостренно воспринимал любые замечания по работе. Сон был беспокойным, с частыми пробуждениями. В последующие годы произошло несколько серьезных для больного событий: болела жена, затем в семье несколько месяцев до своей смерти жила требовавшая постоянно ухода теща, Эти обстоятельства приводили к тому, что усиливалась тревога, напряжение, беспокоили колебания артериального давления, боли в сердце. В эти периоды обостренно воспринимал отношение к себе окружающих, казалось, что его не уважают, не ценят. Возрастала неуверенность в себе, становился растерянным на работе, нервничал, переставал справляться с делами, еще трижды госпитализировался в отделение неврозов, после лечения состояние улучшалось, но повышенный уровень тревожности, неуверенность сохранялись.

Во время последнего поступления беспокоен, с плачущими интонациями в голосе рассказывает о своем состоянии, говорит, что ему стыдно перед мед.персоналом, «думают, что я не могу справиться с собой». Несколько ипохондричен, описывает чувство, «как будто вдохнул, а выдохнуть не могу». Настроение снижено, плохо спит.

В процессе лечения стал спокойнее, наладился сон, улучшилось настроение, помогал в хозяйственных делах на отделении. Перед выпиской волновался, говорил врачу, что не знает, как будет справляться дома.

В соматическом статусе язва 12-ти перстной кишки в стадии ремиссии.

В неврологическом статусе явления вегетативно-сосудистой дистонии.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
3. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
4. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

##### Задача № 4

Больной С., 28 лет.

С раннего детства отличался чувствительностью, ранимостью, робостью, неуверенностью. Был тревожно-мнительным, боязливым, неуравновешенным, нервным. Всегда имело большое значение мнение о нем окружающих. Начиная с детского сада плохо адаптировался в детских коллективах. Везде подвергался насмешкам и издевательствам со стороны сверстников. С детства

не мог есть в присутствии чужих людей, ходить в туалет в общественных местах. С подросткового возраста начал полнеть, стеснялся этого. Всегда стеснялся девочек, не решался познакомиться с ними и заговорить. Близкого общения и сексуального опыта с девушками не имел, хотя девушки его интересовали.

Во время учебы в лицее однокурсники стали говорить, что, если он не встречается с девушками, значит у него гомосексуальная ориентация. Очень переживал по этому поводу, лицей из-за этого оставил. Поработал в строительной бригаде с взрослыми мужчинами, там чувствовал себя лучше. Однако по дороге на работу встречал девушек из своего района, они с ним заигрывали, общаться с ними не решался и стал бояться, что они также его посчитают гомосексуалистом, и уволился. Около 3-х лет сидел дома, там чувствовал себя в большей безопасности. В январе этого года встретил знакомых ребят, они опять над ним посмеялись. После этого стали развиваться мысли о собственной неполноценности. Стал считать, что его половой член меньших размеров, чем у других мужчин. Поэтому перестал ходить в баню. Начал с ненавистью относиться к другим мужчинам, старшему брату, так как у них половой орган был больше, чем у него. По этой причине не мог видеть изображений обнаженного мужского тела. Выключал телевизор, когда были передачи о гомосексуалистах. Настроение было сниженным. Боялся, что окружающие замечают его неполноценность, на улице подсмеиваются. Из дома совсем не выходил. Начал думать, что поэтому окружающие заинтересуются, что он делает, сидя постоянно дома, начнут подсматривать, поэтому закрывал и занавешивал окна. Испытывал неприятные ощущения в половых органах, копчике и заднем проходе. Появились мысли о возможности венерического заболевания. Думал, что мог иметь интимную связь с женщиной и забыть об этом. Стал прикрывать подушкой свои половые органы, чтобы самому их не видеть. После этого был госпитализирован.

В отделении при поступлении испытывал резкую тревогу, боялся находиться среди больных, требовал особых условий для себя. Отказывался есть в столовой, ходить в общий туалет. Довольно быстро на фоне лечения нейролептиками симптоматика купировалась. Стал более упорядочен, адаптировался в отделении, начал общаться со сверстниками, выровнялось настроение.

При беседе приветлив, доброжелателен, охотно рассказывает о себе и своих переживаниях. Хотя при описании болезненных расстройств смущается, краснеет, пытается некоторые подробности утаить.

Сейчас свое состояние оценивает с критикой, считает ряд своих действий «глупостью», критично оценивает особенности своего характера. Настроение хорошее. Планирует в дальнейшем встречаться с девушками, при этом рассчитывает, что его познакомит мама.

Невролог диагностирует гипоталамический синдром на фоне ММД.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
3. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
4. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

## **МОДУЛЬ: НЕОТЛОЖНАЯ НАРКОЛОГИЯ**

### **Тестовые задания**

**Контролируемые компетенции: УК-2, ПК-1, ПК-6, ПК-8, ПК-9**

#### **Задание #1**

*Вопрос:*

Терапевтическая резистентность к психотропным средствам бывает следующей, кроме

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) в связи с комплаентностью
- 2) отрицательной (интолерантность)
- 3) псевдорезистентной
- 4) истинной (первичной)
- 5) вторичной

### **Задание #2**

*Вопрос:*

Флюанксол оказывает антидепрессивное, анксиолитическое и активирующее действие в следующих дозировках

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) до 3 мг
- 2) 20 -40 мг
- 3) 5 - 20 мг
- 4) 40 - 100 мг
- 5) свыше 100 мг

### **Задание #3**

*Вопрос:*

Спектр психотропной активности аминазина включает

*Выберите один из 3 вариантов ответа:*

- 1) антигаллюцинаторное действие
- 2) элективное антипсихотическое действие
- 3) седативное действие (способность купировать разные виды возбуждения)

### **Задание #4**

*Вопрос:*

Закатывание глаз, кривошея, тонические судороги характерны при использовании:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) Галоперидола
- 2) Барбитала
- 3) Амитриптилина.
- 4) Тегретола.

### **Задание #5**

*Вопрос:*

Нейролептический синдром проявляется

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) Тошнотой и рвотой
- 2) Тремором и скованностью
- 3) Кожной анестезией
- 4) Парезами и параличами

### **Задание #6**

*Вопрос:*

Клиническими показаниями к назначению ноотропила (пирацетама) являются все перечисленные, кроме

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) неэндогенных депрессий разного генеза с адинамией
- 2) олигофрении
- 3) атрофических заболеваний
- 4) ночного энуреза функционального и органического генеза
- 5) психомоторного возбуждения в нейрохирургии

### **Задание #7**

*Вопрос:*

Побочные действия и осложнения при лечении большими дозами радедорма включают все перечисленное, кроме

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) атаксии
- 2) делириозной симптоматики
- 3) дневной сонливости
- 4) вялости
- 5) головокружения

### **Задание #8**

*Вопрос:*

Мелипрамин показан при лечении всех следующих депрессивных состояний (синдромов), кроме:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) анестетической депрессии
- 2) адинамической депрессии
- 3) заторможенной депрессии
- 4) невротической депрессии
- 5) апатической депрессии

### **Задание #9**

*Вопрос:*

Нейролептик, проявляющий активность в отношении депрессивных симптомов при шизофрении

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) аминазин
- 2) трифтазин
- 3) галоперидол
- 4) оланзапин
- 5) мажептил

### **Задание #10**

*Вопрос:*

Побочные действия и осложнения при лечении большими дозами радедорма включают все перечисленное, кроме

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) вялости
- 2) атаксии
- 3) дневной сонливости
- 4) головокружения

5) делириозной симптоматики

### **Задание #11**

*Вопрос:*

Основной эффект антидепрессантов появляется обычно через 2-3.....после начала лечения

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) Часа
- 2) Недели
- 3) Дня
- 4) Месяца
- 5) Года

### **Задание #12**

*Вопрос:*

Для профилактической терапии биполярных аффективных расстройств предпочтение отдается

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) ноотропам
- 2) нормотимикам
- 3) нейролептикам
- 4) транквилизаторам
- 5) антидепрессантам

### **Задание #13**

*Вопрос:*

Атипичные нейролептики имеют следующие преимущества, кроме

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) улучшения когнитивных функций
- 2) эффективности при негативных расстройствах
- 3) минимальной выраженности побочных эффектов
- 4) быстрого купирования возбуждения
- 5) облегчения комплайенса

### **Задание #14**

*Вопрос:*

Пирацетам показан при следующих состояниях, кроме

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) судорожного синдрома
- 2) депрессий
- 3) зависимостей от ПАВ
- 4) астении
- 5) когнитивных нарушений

### **Задание #15**

*Вопрос:*

Эглонил показан при лечении всех перечисленных расстройств, кроме

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) вегетативно-дистонических

- 2) депрессивных
- 3) параноидных
- 4) соматоформных
- 5) невротических

### **Задание #16**

*Вопрос:*

Атипичные нейролептики показаны при лечении следующих состояний, кроме

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) непереносимости классических нейролептиков из-за побочных эффектов
- 2) плохого качества ремиссии на фоне терапии классическими нейролептиками
- 3) стойких нарушений сна
- 4) впервые развившегося психоза
- 5) резистентности к классическим нейролептикам

### **Задание #17**

*Вопрос:*

К профилактическим средствам расстройств настроения относится:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) Карбонат лития.
- 2) Амитриптилин.
- 3) Золофт.
- 4) Ноотропил.

### **Задание #18**

*Вопрос:*

Нейролептический синдром характеризуется:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) Неусидчивостью.
- 2) Депрессией.
- 3) Все перечисленное.
- 4) Плаксивостью.

### **Задание #19**

*Вопрос:*

Побочные эффекты и осложнения, связанные с фармакологическими свойствами \_\_\_ психотропных средств, могут вызывать все перечисленные расстройства, кроме:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) сосудистых
- 2) неврологических
- 3) вегетативных
- 4) психических
- 5) соматических

### **Задание #20**

*Вопрос:*

Азафен показан при лечении

*Выберите один из 3 вариантов ответа:*

- 1) тяжелых депрессий с бредом
- 2) тяжелых депрессий
- 3) депрессий средней тяжести

### **Задание #21**

*Вопрос:*

К новым антидепрессантам относятся все, кроме:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) Золофта.
- 2) Рисполепта.
- 3) Иксела
- 4) Стимулотона
- 5) Паксила.

### **Задание #22**

*Вопрос:*

Показателем к применению коаксила является:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) невротические состояния
- 2) легкий депрессивный эпизод
- 3) ипохондрия
- 4) все перечисленное

### **Задание #23**

*Вопрос:*

Спектр психотропной активности деканоата-галоперидола включает

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) избирательное действие на галлюцинаторную симптоматику
- 2) значительное общее антипсихотическое действие
- 3) верно все перечисленное
- 4) избирательное действие на бредовую симптоматику

### **Задание #24**

*Вопрос:*

Мелипрамин показан при лечении всех следующих депрессивных состояний (синдромов), кроме:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) анестетической депрессии
- 2) апатической депрессии
- 3) заторможенной депрессии
- 4) адинамической депрессии
- 5) невротической депрессии

### **Задание #25**

*Вопрос:*

В качестве корректоров при психофармакотерапии могут применяться все перечисленные препараты, кроме

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) кофеина
- 2) аминазина, тизерцина
- 3) тиоридазина
- 4) малых транквилизаторов (элениум, седуксен)
- 5) галоперидола

### Ситуационные задачи

#### №1

Вызвана бригада СМП на дом к больному К., 40 лет. Со слов родственников состояние больного изменилось в течение 1 часа. Он стал возбужден, двигается хаотично по комнате, произносит отдельные слова, размахивает руками. При осмотре: больной усажен на стул, контакту не доступен, вертит головой, ощупывает себя. Отмечается сухость кожных покровов, зрачки расширены.

**Дополнительные сведения от родственников.** Больной недавно выписан из психиатрической больницы, где лечился по поводу шизофрении. Рекомендован прием галоперидола по 15 мг 3 раза в день, циклодол по 200 мг 3 раза в день. В последние два дня больной жаловался на неусидчивость, скованность в суставах. Повышение дозировки циклодола до 400 мг 3 раза в день не дало значительного улучшения.

**Дополнительные сведения.** При осмотре комнаты больного на тумбочке обнаружена пустая упаковка из-под циклодола. Со слов родственников утром в ней было 10 таблеток.

Задание:

1. Определите тактику ведения и лечения пациента (УК-2, ПК-6).
2. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
3. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
4. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

#### №2

Дежурный врач психиатрической больницы вечером срочно вызван на отделение. Со слов дежурной медсестры больной С., 35 лет около 5 минут назад стал постепенно «отключаться», в настоящее время на попытку его разбудить не реагирует. При осмотре: больной лежит в постели, контакту недоступен, пульс слабого наполнения, 60 в 1 минуту, артериальное давление 60/30 мм рт. ст., дыхание прерывистое, температура 38,2 С.

**Дополнительные сведения.** Из истории болезни. Больной поступил 28 дней назад с диагнозом: Шизоаффективный психоз. Депрессивно-параноидный синдром. Госпитализирован после суицидальной попытки: пытался повеситься, но помешала мать. Назначено: галоперидол, амитриптилин (парэнтерально) и циклодол, в последние две недели состояние больного несколько улучшилось, он был переведен на второй режим и препараты назначены в таблетированной форме.

Задание:

1. Определите тактику ведения и лечения пациента (УК-2, ПК-6).
2. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
3. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
4. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

#### №3

Бригада СМП вызвана на дом в связи с попыткой суицида. На момент приезда бригады СМП: больной Н., 20 лет, находится в постели. На шее странгуляционная борозда. Контакт плохо доступен, на вопросы отвечает односложно с задержкой. Из рта легкий запах алкоголя. Со слов родственников: около 15 минут назад совершил попытку самоповешения, но своевременно был снят с петли отцом, сознание терял кратковременно.

**Дополнительные сведения.** Родственники сообщили, что по характеру больной обидчивый, эмоционально неуравновешенный. Недавно произошла ссора с любимой девушкой, на которой он хотел жениться, но она его покинула. В течение нескольких дней понизилось настроение, замкнулся, говорил, что не хочет жить, а сегодня совершил попытку суицида.

**Соматическое состояние:** пульс 80, хорошего наполнения, АД 150/90, дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Телесных повреждений, кроме странгуляционной борозды, нет. За время нахождения бригады СМП у постели больного он стал вступать в контакт. Сообщил, что разрыв с любимой девушкой был для него неожиданностью, пытался с ней поговорить, но она прислала ему СМС: «Мы расстаемся. Без вариантов». После этого «впал в отчаяние», жизнь потеряла смысл, решил покончить с собой. Перед суицидом «для храбрости» выпил 100 г водки.

**Дополнительные сведения.** Больной после уговоров согласился на госпитализацию в психиатрическую больницу.

Задание:

1. Определите тактику ведения и лечения пациента (УК-2, ПК-6).
2. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
3. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
4. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

#### № 4

Бригада СМП вызвана на дом. Со слов родственников больной К., 28 лет, 30 минут назад порезал себе вены в локтевом сгибе. Перед этим был возбужден, занавешивал окна шторами, хотя был ясный день. Больной был обнаружен вскоре после совершенного самопореза, потеря крови составила около 200 мл. Родственники наложили жгут на руку и повязку на место пореза.

**Беседа с больным:** контакту плохо доступен, смотрит на врача недоверчиво, говорит, что «они все равно с ним расправятся» и лучше умереть самому. Временами к чему-то прислушивается.

Задание:

1. Определите тактику ведения и лечения пациента (УК-2, ПК-6).
2. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
3. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
4. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

## МОДУЛЬ: ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

### Тестовые задания

Контролируемые компетенции: ПК-1, ПК-8, ПК-9

#### **Задание #1**

*Вопрос:*

Внутренняя картина болезни - это понятие

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) социально-психологическое
- 2) психологическое
- 3) социальное
- 4) клиническое

#### **Задание #2**

*Вопрос:*

Употребление подростками слабоалкогольных напитков ведет к следующему:

*Выберите один из 3 вариантов ответа:*

- 1) дольше сохраняется личность
- 2) уменьшается суммарная доза потребляемого алкоголя в расчете на абсолютный спирт.
- 3) увеличивается суммарная доза потребляемого алкоголя в расчете на абсолютный спирт.

### **Задание #3**

*Вопрос:*

Для подросткового алкоголизма характерно все кроме:

*Выберите один из 3 вариантов ответа:*

- 1) начало приобщения к слабоалкогольным напиткам
- 2) обращение за помощью на второй стадии зависимости
- 3) быстрое формирование зависимости

### **Задание #4**

*Вопрос:*

При зависимостях ведущим видом лечения является терапия:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) психотерапия;
- 2) иглотерапия.
- 3) нейролептиками;
- 4) транквилизаторами;
- 5) антидепрессантами;

### **Задание #5**

*Вопрос:*

Развитие соматических заболеваний обусловлено:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) наследственной предрасположенностью
- 2) все верно
- 3) психологическими факторами
- 4) вредными экзогенными воздействиями

### **Задание #6**

*Вопрос:*

Появлению чувства неполноценности особенно сильно способствуют (А. Адлер)

*Выберите несколько из 4 вариантов ответа:*

- 1) физические недостатки у детей, воспринимающих их как жизненные трудности
- 2) выраженная взрослость и самостоятельность ребенка
- 3) упорство и терпеливость ребенка
- 4) изнеженность в детстве, побуждающая видеть повсюду врагов

### **Задание #7**

*Вопрос:*

Безусловная любовь родителей к ребенку означает

*Выберите один из 3 вариантов ответа:*

- 1) желание вырастить из ребенка хорошего человека
- 2) признание его лучшим среди других детей
- 3) любовь к ребенку независимо от его качеств и поступков

### **Задание #8**

*Вопрос:*

Для теории объектных отношений характерен поиск:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) объекта;
- 2) конфронтации;
- 3) объекта и его любви.
- 4) влечения;
- 5) удовлетворения;

### **Задание #9**

*Вопрос:*

С какого возраста человек может самостоятельно обратиться на прием к психиатру:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) с 14 лет
- 2) с 16 лет
- 3) с 21 года
- 4) с 15 лет
- 5) с 18 лет

### **Задание #10**

*Вопрос:*

Тестирование детей и подростков на употребление наркотиков возможно

*Выберите один из 3 вариантов ответа:*

- 1) с их согласия
- 2) по указанию департамента здравоохранения
- 3) в возрасте до 15 лет с согласия родителей или законных представителей

### **Задание #11**

*Вопрос:*

Зависимость, связанная с употреблением фенозепама классифицируется как

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) наркомания
- 2) ни то и ни другое
- 3) токсикомания
- 4) расстройство поведения
- 5) решается индивидуально в каждом случае

### **Задание #12**

*Вопрос:*

К числу индивидуальных факторов риска приобщения подростка к ПАВ относится (найдите наиболее точный ответ) \_\_\_ а) неблагоприятная наследственность, органическое поражение головного мозга, личностная патология

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) то же + пубертатный криз
- 2) то же + доступность ПАВ
- 3) то же + отсутствие одного из родителей
- 4) то же + давление среды

### **Задание #13**

*Вопрос:*

Развитие психосоматических расстройств объясняется следующими теориями, кроме:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) символического языка органов
- 2) аутоиммунной интоксикации
- 3) теории стресса Г. Селье
- 4) объектных отношений
- 5) специфичности интрапсихического конфликта

### **Задание #14**

*Вопрос:*

Стресс (по Г.Селье) - это

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) вид дистресса
- 2) неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование, общий адаптационный синдром
- 3) защитно-приспособительное напряжение организма, вызванное эмоциональным стрессом
- 4) все перечисленное
- 5) нервное вредоносное напряжение

### **Задание #15**

*Вопрос:*

Алекситимия - это проявление:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) застенчивости
- 2) патологии запоминания
- 3) интеллектуальной недостаточности
- 4) психологической защиты в связи с чрезмерными негативными эмоциональными переживаниями
- 5) патологии речевого аппарата

### **Задание #16**

*Вопрос:*

Безусловная любовь к себе означает

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) восхищение собой
- 2) постоянное стремление к совершенству.
- 3) Умение отстаивать свои права
- 4) принятие себя
- 5) сознание своей абсолютной правоты

### **Задание #17**

*Вопрос:*

Главными целями лечения наркоманий являются:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) формирование, восстановление умения получать эмоциональные состояния от реальной жизни, а не искусственным, суррогатным способом.
- 2) формирование мотива к трезвенничеству;
- 3) адаптация больного к его среде на уровне трезвенничества;
- 4) формирование равнодушия и безразличия к состоянию опьянения;
- 5) низведение, дискредитации жизни в состоянии наркотических опьянений, ее обесценивание;

### **Задание #18**

*Вопрос:*

При проведении психогигиенической работы необходимо учитывать следующие принципы, кроме

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) фактор жизни в селе или в городе.
- 2) состояние семьи, семейные отношения;
- 3) климатический фактор;
- 4) половые различия;
- 5) возрастной фактор;

### **Задание #19**

*Вопрос:*

Аддиктивное поведение - это

*Выберите один из 3 вариантов ответа:*

- 1) донозологическая форма злоупотребления ПАВ или каким-либо видом деятельности, способным сформировать зависимость.
- 2) болезнь химической зависимости
- 3) болезнь нехимической зависимости

### **Задание #20**

*Вопрос:*

Психологическая защита в психоанализе это все перечисленное, кроме

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) умение приспосабливаться к жизненным ситуациям;
- 2) защита для более успешной реализации либидозного инстинкта;
- 3) способность к сознательной регуляции эмоциональных переживаний.
- 4) бессознательная работа Эго на сохранение своего статуса;
- 5) защита от стрессогенных воздействий среды;

## **Ситуационные задачи**

Задача № 1

Больной С., 43-х лет.

Находился на стационарном обследовании и лечении в психиатрической больнице. Госпитализирован впервые. Отец злоупотреблял алкоголем. Больной закончил 8 классов общеобразовательной школы и ШРМ. Служил в армии, участник боевых действий в Афганистане. В армии перенес несколько ЧМТ с потерей сознания, но травмы нигде не фиксированы. Демобилизован на общих основаниях. После армии сменил много мест работы (в основном

неквалифицированной), увольнялся сам в поисках большей зарплаты, или его увольняли в связи с нарушением трудовой дисциплины. Занимался неквалифицированной работой. В течение 5 лет был женат, разведен, имеет от брака дочь. В настоящее время проживает один, поддерживает отношения с семьей. По данным амбулаторной карты четыре года назад перенес ЗЧМТ с сотрясением головного мозга. Дважды судим за кражи.

Много лет злоупотребляет алкоголем. Пьет водку, самогон, суррогаты. Наблюдаются длительные запои. Последние годы опохмеляется по утрам, так как испытывает дрожь, слабость, тошноту, головные боли. Около года стал хуже переносить алкоголь, пьет понемногу, но чаще в течение дня. Курит. Больным себя считает около десяти месяцев, когда появилась слабость, сильно похудел, начали отекать ноги. До этого в течение нескольких месяцев был запой (употреблял технический спирт). Длительно лечился у невролога по месту жительства, в том числе стационарно, устанавливался диагноз «Энцефаломиелополинейропатия смешанного генеза (токсическая, посттравматическая), нижний центральный паразетез, легкий атаксический синдром». После выхода с больничного листа уволился с работы т.к. работать больше не мог и встал на учет в ЦЗН. Был направлен на МСЭК для установления группы инвалидности, в установлении группы было отказано. С жалобами на раздражительность, слабость, нарушения сна обратился к участковому психиатру, от которого злоупотребление алкоголем скрыл. Был направлен на госпитализацию в психиатрическую больницу.

При поступлении жаловался на частые головные боли, бессонницу, раздражительность, вспыльчивость. Находился в не помраченном сознании. Ориентирован полностью верно. Отвечал по существу. Мышление несколько замедлено по темпу, с проявлениями ригидности, последовательное. Внимание неустойчиво, истощаемо. Во время беседы грубой патологии памяти, интеллекта не определяется. Настроение патологически не изменено. Психически больным себя не считал. Отрицал наличие зависимости от алкоголя. Уверял врача, что может контролировать свое влечение, что «все так пьют».

Во время пребывания в стационаре часто был эмоционально неустойчив, раздражителен, вспыльчив. Вступал в конфликты с соседями по палате.

Задание:

1. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
2. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
3. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

Задача № 2

Больной М., 54 г.

Данная госпитализация первая, ранее у психиатров не лечился, наследственность психопатологически не отягощена, родился недоношенным, посещал ДДУ. В школе учился посредственно. Плохо усваивал учебный материал, ленился. Дублировал 7 класс, после этого перешёл в ПТУ, получил специальность слесаря, работал по специальности, одновременно окончил ШРМ. Отслужил полный срок в армии в войсках ПВО, в Германии. После демобилизации работал водителем, в последние годы работает в охране. Был женат, от брака имеет взрослую дочь, 8 лет назад жена от него ушла. Стал проживать с сожительницей, которая умерла через несколько лет. Тяжелыми соматическими заболеваниями ранее не болел. Алкоголь стал употреблять с 16 лет 1-2 раз в неделю. После армии алкоголизация носила систематизированный характер, алкоголизировался по несколько дней подряд. Отмечался рост толерантности, которая достигала около 1л водки в день. Употреблял суррогаты, напивался до выраженного опьянения. Опохмеляться стал в возрасте 30 лет. Пьянство усилилось 6 лет назад. Со слов матери, у больного якобы были «припадки», во время которых он замирал на короткое время, не реагировал на окружающих, падений и судорог не отмечалось. В прошлом году больной лечился в терапевтическом отделении по поводу пневмонии. На фоне высокой температуры отмечались эпизоды зрительных галлюцинаций. Психиатром консультирован не был, терапевтами состояние было расценено как «белая горячка». После выписки из больницы, со слов больного и его матери, употребление алкоголя прекратил. В это время мать обратила внимание, что больной стал рассеян, забывчив,

собирался на работу в не положенное время, был вынужден записывать порученные ему дела. Нарушилась способность к самообслуживанию, стал неряшлив. Месяц назад состояние резко ухудшилось, стал говорить, что его хотят убить, нарушился сон. Врачами СП определялось повышенное АД. При очередном вызове СП был доставлен в ОНД, откуда направлен в психиатрическую больницу. При поступлении больной не откровенен, переживания раскрывает плохо, настроение снижено, отмечается снижение памяти на текущие события. АД 170/100мм.рт.ст. В дальнейшем в отделении испытывал страх, говорил, что его могут убить.

Под влиянием лечения (нейролептики, ноотропы) состояние больного постепенно улучшилось, настроение выровнялось, стал охотнее общаться, себя обслуживает полностью, улучшилась память и способность концентрации внимания, однако психическое состояние остается неустойчивым, периодически говорит, что в отделении находятся подозрительные люди, становится тревожным.

При беседе контакт доступен, на вопросы отвечает по существу, высказывает озабоченность тяжелой болезнью отца, просит отпустить его домой, чтобы повидаться с ним. Критика к болезни формальная, - «раз нахожусь в больнице - значит болен». Отмечает, что в последние месяцы ухудшилась память, стал рассеянным. Говорит, что два месяца назад за ним стали следить лица, пытавшиеся ранее проникнуть на охраняемую территорию. Узнавал их по подозрительному поведению и жестам, его друзья в разговорах намекали, что задержанные им на работе люди, хотят ему отомстить, замечал возле своего дома подозрительные машины, пытался выяснить отношения с одним из «преследователей», но тот заявил, что не знаком с ним. Мышление достаточно последовательное, логичное, смысл метафорических выражений интерпретирует правильно, алкогольные ассоциации не выявлены.

Задание:

1. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
2. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
3. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

Задача № 3

Больной Ц., 57 лет.

Поступил в психиатрическую больницу впервые по направлению СП, был задержан сотрудниками полиции на улице. Жалоб на состояние здоровья нет.

Анамнез со слов больного собрать в полном объеме не удастся.

Проживает один. Был единственным ребенком в семье. Рос здоровым. Закончил 10 классов общеобразовательной школы и Калининградское авиационное военное училище. Служил в армии, ушел в отставку в звании майора. В настоящее время не работает, на какие средства живет, неизвестно. Инвалидности нет. Был женат, есть дочь, проживающая в Уфе. Тяжелые соматические заболевания отрицает. Были травмы головы, протекали ли они с потерей сознания, неизвестно, но по поводу их в стационарах не лечился. Припадки, снохождение, сноговорение, энурез отрицает.

Алкоголь употребляет часто – «выпить всегда люблю». Пьет водку, вино, самогон, боярышник, о толерантности сведений нет, в состоянии абстиненции – головная боль. Похмеляется. Имеет место утрата количественного контроля. Подтвердил длительные запои. Причину настоящей госпитализации объяснить не может.

За время пребывания в стационаре были получены сведения от двоюродной сестры больного, которая нашла его в больнице.

Родился недоношенным. Рос крепким, здоровым. Всегда занимался спортом, в том числе парашютным. Служил в авиационных войсках техником. Общий срок службы 16,5 лет, уволен за пьянство и драку. Был дважды женат, браки расторгнуты. Имеет дочь от первого брака, с ней никогда не общался. Работал в котельной слесарем. Не работает вообще лет 5-6. Пенсии нет. Проживает один. Родители умерли. После смерти отца остались деньги, на которые он жил. До последнего года жил самостоятельно, сам решал все проблемы. Травм головы, припадков никогда не было. Не судим.

До 22 лет алкоголь не употреблял вообще. Алкоголем злоупотребляет со времени военной службы. Пьет массивно, пил систематически, сначала с отцом, затем после его смерти один. Пил

самогон и аптечные настойки. Напивался допьяна. Количественный контроль утрачен, похмеляется. У наркологов не лечился, отказывался. Два года назад на похоронах отца заметила пошатывание при ходьбе, неустойчивость. Проходил лечение у невропатолога с улучшением. Состояние ухудшилось около года. Появилась невнятность речи, неустойчивость при ходьбе. Стало отмечаться снижение памяти, невпопад отвечал на вопросы, перестал за собой следить, мылся и брился с принуждением, перестал готовить пищу. В доме всё разбил и мебель, и зеркало, сломал газовую колонку, разбил балконные окна, при этом отрицал, что сделал это сам. Постоянно ждал отца, говорил, что тот скоро придет. Деньги со сберегательной книжки снимала двоюродная сестра, в руки деньги не давала, покупала и приносила продукты, готовила пищу, платила за квартиру. Сам распоряжаться деньгами и самостоятельно решать бытовые проблемы не в состоянии. Перед поступлением двое суток не был дома, где он был, сестра не знает.

Задание:

1. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
2. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
3. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

#### Задача № 4

Больной Я., 38 лет.

Поступил на стационарное лечение в наркологический диспансер по «Скорой помощи» в связи с неадекватным поведением.

Наследственность неотягощена. Рос и развивался, со слов, соответственно возрасту. Посещал детские дошкольные учреждения. В школу пошел с 8-ми лет, дублировал 3-ий и 4-ый классы, со слов больного из-за прогулов занятий. Закончил 9 классов, больше не учился. Служил в армии, строительных войсках, демобилизован на общих основаниях. Далее работал в основном в Москве аппаратчиком приготовления лаков и эмалей, последние 3 месяца не работает. В течение жизни тяжёлых заболеваний и травм головы не переносил. Живет с гражданской женой 8 лет, детей не имеет. Привлекался к уголовной ответственности за попытку кражи, дело прекращено в связи с примирением сторон. Привлекался к административной ответственности за несоблюдение порядка регистрации, нарушения в области дорожного движения.

Много лет злоупотребляет алкоголем, пьёт запоями по 2 недели, потом 1-2 месяца не выпивает. Все виды контроля утрачены, при обрыве алкоголизации испытывает дрожь в конечностях, кидает в жар, потливость в ладонях, нарушается сон, хочется опохмелиться, влечение к алкоголю компульсивное, рвотный рефлекс утрачен, были судороги, спит с кошмарными сновидениями. Когда больной трезвый, то спокойный, уравновешенный и добрый, когда выпивает, то становится очень возбужденным. Состоит 4 года на учете у нарколога по поводу алкогольной зависимости, на прием ходит нерегулярно, практически не принимает лекарства. В прошлом году был «закодирован» у знахарки, но затем, спустя 3 месяца возобновил прием алкоголя. Последний запой в течение 2-х недель, после отмены алкоголя нарушился сон, появились страх и тревога, наблюдался эпилептический припадок, после которого появились слуховые и зрительные галлюцинации – «видел собак, кошек», слышал голоса угрожающего характера, дома был снят с окна. Был доставлен в наркологическое отделение, назначалось активное дезинтоксикационное лечение. Около полуночи, освободившись от мер стеснения, вышел из палаты и сказал, что пошел домой, искал какой-то пропуск. Зашел в комнату медсестер и, ничего не говоря, взял нож, в ходе задержания его санитаром нанес санитару несколько ударов ножом, о том, что он нанес ножевые ранения, узнал только на следующий день, вспомнить свои действия на тот момент не мог. Было заведено уголовное дело по ст.111, ч.1, следствием назначена амбулаторная СПЭ.

При беседе с врачом через три недели был моторно спокоен, упорядочен. В не помраченном сознании. В месте, времени и собственной личности ориентирован полностью, верно. К общению не стремится, отвечает только на вопросы, без особого желания. Мышление последовательное, по темпу несколько замедлено. Обманы чувств, активного бреда не продуцирует. Фон настроения несколько снижен с оттенком недовольства и раздражительности. Антисоциальных, суицидальных, агрессивных тенденций в поведении не прослеживается. Память, интеллект не нарушены. Критика

к психотическим переживаниям формальная, «да, что-то там такое слышалось и показалось, но недолго». Зависимым от алкоголя себя не считает, «ну может быть пью чуть лишку». О совершенном правонарушении говорить отказывается, не хочет вспоминать. При этом уверен, что ему ничего не грозит, так как все совершил в болезненном состоянии, будущую экспертизу считает пустой формальностью.

Задание:

1. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
2. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
3. Перечислите рекомендации, которые необходимо дать родственникам (ПК-9).

## МОДУЛЬ: ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ПАВ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

### Тестовые задания

Контролируемые компетенции: УК-2, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

#### **Задание #1**

*Вопрос:*

Для клиники зависимости от транквилизаторов бензодиазепинового ряда характерно:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) отсутствие судорожных припадков.
- 2) менее брутальное интеллектуально-мнестическое снижение;
- 3) более медленное формирование основных симптомокомплексов;
- 4) значительная выраженность аффективных нарушений;
- 5) сходство с клиникой барбитуровой наркомании;

#### **Задание #2**

*Вопрос:*

При обследовании у злоупотребляющих летучими органическими соединениями обнаруживаются:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) «разлаженность» моторики и тремор пальцев рук, век;
- 2) анемия, ускоренное СОЭ;
- 3) бледность лица с характерной синевой под глазами;
- 4) нистагм.
- 5) кайма раздражения слизистых и кожи вокруг ноздрей, в углах рта;

#### **Задание #3**

*Вопрос:*

Состояние острой интоксикации циклодолом характеризуется:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) иллюзорно-галлюциаторными обманами восприятия;
- 2) колебаниями АД, тахикардией;
- 3) мидриазом с ослаблением конвергенции;
- 4) сухостью слизистых, гиперемией кожных покровов;
- 5) отсутствием аффекта страха, недоумения.

#### **Задание #4**

*Вопрос:*

Состояние отмены при зависимости от транквилизаторов бензодиазепинового ряда проявляется:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) горизонтальным нистагмом и мелкоразмашистым тремором;
- 2) бессонницей, головными болями, тошнотой, отсутствием аппетита.
- 3) тахикардией и ортостатической гипотензией;
- 4) тревогой, неусидчивостью, подавленностью и злобой;
- 5) фибриллярными подергиваниями лицевой мускулатуры и мышц конечностей;

### **Задание #5**

*Вопрос:*

Факторами высокого риска развития зависимости от ненаркотических ПАВ у больных алкогольной зависимостью являются:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) раннее начало систематического пьянства и/или короткая продолжительность этого этапа;
- 2) ускоренное формирование патологического влечения к алкоголю;
- 3) появление измененных форм состояний острой интоксикации еще на этапе систематического пьянства;
- 4) высокопрогредиентный темп течения алкоголизма.
- 5) преобладание в клинической картине состояния отмены психопатологических расстройств;

### **Задание #6**

*Вопрос:*

Последствиями ингаляционного употребления средств бытовой и промышленной химии являются все перечисленные, кроме

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) задержки психического и физического развития
- 2) токсической энцефалопатии
- 3) грубого психопатоподобного поведения
- 4) некроза печени, почек, миокардиодистрофии
- 5) стойкой мышечной гипертензии

### **Задание #7**

*Вопрос:*

Клиника острой интоксикации галлюциногенами (психомиметиками) выражается

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) появлением зрительных и слуховых иллюзий, галлюцинаций
- 2) всем перечисленным
- 3) разнообразными эмоциональными нарушениями - эйфорией, тревогой, страхом
- 4) возникновением ощущения невероятно яркой окраски окружающих предметов, усиления громкости звуков
- 5) пассивным созерцанием или активными оборонительными действиями

### **Задание #8**

*Вопрос:*

Характеристика толерантности при зависимости от транквилизаторов не включает:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) более быстрое развитие к миорелаксирующему и седативному эффектам;
- 2) так называемую «поведенческую» толерантность;
- 3) формирование в разные сроки к различным по основному эффекту бензодиазепинам;
- 4) более медленное развитие при мощной противотревожной активности;
- 5) явления перекрестной толерантности.

### **Задание #9**

*Вопрос:*

Состояние отмены при зависимости от летучих органических соединений характеризуется:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) раздражительностью, злобностью;
- 2) груборазмашистым тремором пальцев рук, дрожанием век,
- 3) колебаниями АД и тахикардией, сердечной дизритмией,
- 4) гипергидрозом;
- 5) беспокойством, тревогой, тоской.

### **Задание #10**

*Вопрос:*

Летучие органические соединения (средства бытовой и промышленной химии) имеют ряд общих качеств, к которым относятся:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) преимущественное поражение ЦНС, сердца, печени и почек при злоупотреблении ими.
- 2) высокая наркотичность;
- 3) быстрая испаряемость;
- 4) высокая токсичность;
- 5) хорошая растворимость в жирах;

## **Ситуационные задачи**

### **Задача 1.**

Больной С., 17 лет

Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Беременность, роды и раннее развитие протекали без особенностей. В детстве перенес эпидемический паротит. В общеобразовательной школе начал обучаться своевременно, учился удовлетворительно до 5-го класса, затем успеваемость снизилась. Примерно с 12 лет подросток познакомился с компанией подростков асоциального поведения; начал курить, употреблять алкогольные напитки, участвовал в кражах; с 14 лет состоял на учете в ИДН. С 15 лет практически ежедневно вдыхал пары клея "Момент", бензина, ацетона, при этом испытывал "приятные галлюцинации", в состоянии одурманивания испытывал подъем настроения, иногда становился агрессивным; в связи с этим был осмотрен районным наркологом. Со слов матери, у подростка к моменту осмотра отмечалось снижение памяти, нарушения сна. Спиртные напитки употреблял примерно 1-2 раза в месяц, до 250-300 гр. вина в день. Дублировал 5-й класс, с середины 9 класса не посещал школу. Был поставлен на диспансерный учет в ОНД. В последующем неоднократно доставлялся на прием к наркологу в связи с употреблением спиртного и одурманивающих веществ. Последний осмотр проводился месяц назад, отмечено, что больной не посещает занятия в школе, подрабатывает грузчиком на рынке; продолжает употреблять одурманивающие средства, установка на лечение отсутствует. 2 недели назад больной с группой лиц по предварительному сговору совершил хищение продовольственных товаров из коммерческой палатки. В ходе следствия он признал свою вину, сообщил, что в день совершения правонарушения он вместе с компанией сверстников решил ограбить коммерческую палатку, во время совершения кражи помогал выносить похищенное. В

связи с тем, что больной находится на диспансерном учете в ОНД, была назначена судебно-психиатрическая экспертиза. При настоящем обследовании в психиатрическом стационаре установлено следующее. ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ. Подэкспертный в ясном сознании, правильно ориентирован в месте, времени и собственной личности. Цель экспертизы понимает правильно, себя психически больным не считает. Эмоциональный фон снижен адекватно сложившейся ситуации. В беседу вступает охотно, держится свободно. Подробно рассказывает об употреблении одурманивающих веществ, образно описывает возникавшие "картинки"; утверждает, что 2 недели "ничего не вдыхал" и не общался с прежней компанией. Об употреблении спиртного рассказывает неохотно, сообщает, что плохо переносит спиртное, поэтому пьет редко, "стакан вина по праздникам"; наличие абстинентного синдрома, амнестических форм опьянения отрицает. Об инкриминируемом ему деянии рассказывает подробно, последовательно, в соответствии с данными ранее показаниями. Обеспокоен исходом дела, сожалеет о содеянном. Мышление, память не нарушены. Какой-либо психотической симптоматики (бреда, галлюцинаций и др.) не выявлено. Критическая оценка своего состояния и сложившейся ситуации не нарушена. Подэкспертный ориентирован в практических ситуациях и основных социальных нормах поведения, обладает распространенными практическими навыками. Наряду с этим отмечаются признаки возрастной личностной незрелости, эмоциональной неустойчивости, склонность к поверхностным суждениям и высказываниям, черты демонстративности в поведении, ориентация на нормы ближайшего социального окружения с легким усвоением социальных установок, пренебрежительным отношением к социальным нормам, невысокое чувство вины и ответственности за свои поступки.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
5. Составьте рекомендации пациенту и его родственникам после выписки (ПК-9).

#### Задача 2.

Больной К., 18 лет.

Родители злоупотребляют спиртными напитками. Родился от нормально протекавших беременности и родов, в срок. Развивался соответственно возрасту, перенес детские инфекции и простудные заболевания в легкой форме. В школе начал обучаться с 8 лет, учился плохо, с трудом усваивал учебный материал, часто нарушал школьную дисциплину, конфликтовал с учителями, дрался с одноклассниками. Оставался на повторный год обучения в 1 и 5 классах. После 5 класса оставил учебу, непродолжительное время зарабатывал неквалифицированным трудом. В возрасте 16 лет осужден за кражу на 2 года лишения свободы условно с испытательным сроком на 3 года. С этого же времени он состоит на учете в ГППН ОВД. Со слов подэкспертного, В 15-летнем возрасте он в течение полугода вдыхал пары различных растворителей, при этом испытывал "токсическое опьянение", видел "мультики". С этого же возраста начал употреблять спиртные напитки, отмечались амнестические формы опьянения. Запой, похмельный синдром отрицает. Однократно доставлялся в ОВД в нетрезвом состоянии. Был обследован врачом-наркологом ОНД и взят на профилактическое наблюдение по поводу эпизодического злоупотребления алкоголем, проходил амбулаторное лечение. Однако, согласно справке из ОНД, на учете он не состоит. На учете в ПНД он так же не состоит.

В настоящее время К. обвиняется в том, что он по предварительному сговору, совместно с гражданином П. совершили кражу мороженого на общую сумму 578 898 рублей. В ходе следствия и судебных заседаний подэкспертный полностью признал свою вину в совершенном правонарушении, давал последовательные, подробные показания, которые не менял. Была назначена судебно-психиатрическая экспертиза.

При настоящем обследовании подэкспертного в психиатрическом стационаре установлено следующее. ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ. Подэкспертный в ясном сознании, правильно ориентирован в месте, времени и собственной личности, верно понимает цель проводимой ему экспертизы. Эмоциональный фон снижен адекватно сложившейся ситуации. Беседует неохотно, инициативы в беседе не проявляет. Речь несколько косноязычная, с нарушением произношения. На вопросы отвечает кратко, часто переспрашивает. Анамнестические сведения излагает не всегда последовательно, иногда затрудняется назвать даты важных событий своей жизни. Характеризует себя тихим, застенчивым, обидчивым, легко поддающимся под чужое влияние. Предъявляет жалобы на головные боли, головокружения при резком изменении положения тела. В отношении его алкоголизации сообщает, что в последние 2 года употребляет спиртное с частотой один-два раза в неделю. Отмечает у себя амнестические формы опьянения. Наличие абстинентного синдрома и запоев отрицает. Об инкриминируемом ему деянии рассказывает в плане ранее данных показаний, утверждает, что П. предложил ему совершить кражу, а он согласился на это, "не задумываясь". Мышление подэкспертного конкретного типа. Суждения поверхностные, в ряде случаев легковесные. Интеллектуальный уровень низкий. Какой-либо психотической симптоматики (бреда, галлюцинаций и др.) у него не выявляется. Критические способности сохранены.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
5. Составьте рекомендации пациенту и его родственникам после выписки (ПК-9).

### Задача 3.

Больной Ч., 23 года

Родился младшим ребенком в семье из 2-х детей. Раннее развитие без особенностей. В возрасте 7-ми лет начал обучение в общеобразовательной школе, учился удовлетворительно, без интереса, нравились история, география, увлекался футболом (учился в спортклассе). После окончания 10 классов работал на заводе токарем. В 18 лет был призван в армию, служил в войсках связи. Через 4 месяца возник конфликт с сослуживцами, был направлен на обследование в РКПБ N 1. Предъявлял жалобы на головную боль, раздражительность, бессонницу. Сообщал, что перед призывом в армию в течение нескольких месяцев по 2-3 раза в неделю вдыхал пары растворителя, бензина, красок, при этом "видел мультики в виде роботов"; на следующий день испытывал головную боль, слабость, разбитость. На работе часто конфликтовал с сослуживцами, после этого употреблял алкоголь, чтобы "снять напряжение". Рассказывал, что после призыва в армию у него не сложились отношения со старослужащими, которые избивали его, заставляли на себя работать; из-за этого убегал из части, вскрыл себе вены. Во время осмотра находился в ясном сознании, настроение было снижено. Сидел, опустив голову, говорил тихим голосом. Заявлял, что не может проходить службу в армии, так как "нервы не выдерживают" и может покончить с собой. Отмечена эмоциональная лабильность, нарушений мышления, памяти не выявлено. В отделении был в основном угрюмым, подавленным, бездеятельным, временами вступал в конфликты с окружающими, пытался вскрыть вены. Был признан негодным к военной службе по ст. 7 "б" приказа МО СССР N 260 от 1987 г. После возвращения домой работал строителем по найму. На учете у психиатра и нарколога не состоит Два месяца назад приехал в Москву в поисках работы. Как известно из материалов уголовного дела, подэкспертный, находясь в состоянии алкогольного опьянения, по предварительному сговору с двумя лицами совершил нападение с целью завладения личным имуществом граждан В., Б. и М., в ходе которого нанес кастетом удар В., продолжал избивать его ногами, причинив телесные повреждения. В ходе следствия подэкспертный давал противоречивые показания, сообщил, что вместе со своими приятелями решил кого-нибудь ограбить, с этой целью они напали на потерпевших и начали их избивать. Позднее признал свою вину частично, сообщил, что проходя мимо потерпевших, спутал одного из них с человеком,

оскорбившим его ранее, поэтому, решив отомстить, напал на него. Заявил, что ничего у потерпевших не брал, напал из хулиганских повреждений. В судебном заседании, объясняя самооговор на предварительном следствии, подэкспертный заявил о том, что его избивали сотрудники полиции. Была назначена судебно-психиатрическая экспертиза.

В ходе настоящего обследования в психиатрическом стационаре установлено следующее.. ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ. Подэкспертный в ясном сознании, правильно ориентирован в месте, времени и собственной личности. Себя психически больным не считает, цель экспертизы понимает правильно. Фон настроения снижен адекватно сложившейся ситуации. Беседует охотно, сведения о себе сообщает подробно, последовательно. Отрицает анамнестические сведения из свидетельства о болезни, говорит, что там "все было написано, чтобы комиссовать", отрицает вдыхание паров бензина, растворителей. В отношении употребления алкоголя сообщает, что "пьет редко", один-два раза в неделю, заявляет, что пьет, в основном, водку, переносит алкоголь хорошо, может выпить до 0,5 бутылки, при этом чувствует себя хорошо, не опохмеляется. Утверждает, что пьет только "в компании друзей и по праздникам". Наличие запоев, амнестических форм опьянения отрицает. Подробно, последовательно рассказывает об инкриминируемом ему деянии. Сожалеет о случившемся, свое поведение объясняет тем, что "был пьян, поэтому обозначился"; утверждает, что не хотел никого грабить. Запас общих знаний и представлений соответствует возрасту и полученному образованию. Мышление, память грубо не нарушены. Какой-либо психотической симптоматики (бреда, галлюцинаций и др.) не выявлено. Критика к своему состоянию и сложившейся ситуации не нарушена, как и к своему состоянию и сложившейся ситуации сохранена.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
5. Составьте рекомендации пациенту и его родственникам после выписки (ПК-9).

#### Задача № 4

Больной Н., 17 лет.

Родился здоровым, рос послушным, покладистым, легко попадал под влияние, чаще отрицательное, своих друзей. В школе до 5 класса учился хорошо, но затем успеваемость снизилась. Поступил в ПТУ, в компании сверстников пристрастился к вдыханию паров бензина. Вдыхал ежедневно в течение недели, потом делал перерыв на 2 дня и вновь неделями вдыхал. Занятия в ПТУ прогуливал, потому был вскоре отчислен. Находился на стационарном лечении в наркологическом отделении для подростков, оттуда сбежал через две недели, продолжал интенсивно вдыхать пары бензина, под их воздействием смотрел «мультики», общался с «голосами знакомых». Через полгода вновь был госпитализирован в подростковое наркологическое отделение. Находился там два месяца. Был выписан вялым, бездеятельным, сидел бесцельно на одном месте, ничем не занимался, плохо спал, часами смотрел в одну точку, улыбался, иногда громко смеялся без причины, стал разговаривать сам с собой. Был направлен на стационарное лечение в психиатрическую больницу. В отделении также был вял, безразличен к ситуации, не заинтересован в происходящем, заторможен, погружён в себя. Мимика очень бедная, речь монотонная, невыразительная. Все вопросы врача понимает, отвечает после пауз. Без смущения рассказывал о вдыхании паров бензина, о том, что делал это сразу после выписки из наркологического отделения, в отсутствие матери дома. Мышление конкретное, замедленное по темпу. Был одинок, часто застывшим взглядом смотрел на потолок и стены, что-то на них видел, слышал голоса из вентиляционных решёток, разговаривал с ними, смеялся. Настроение было сниженным, эмоции маловыразительные, однообразные.

Получил мощную дезинтоксикационную, дегидратационную терапию, нейролептики, ноотропы, сосудистые препараты. Под влиянием «голосов» совершал нелепые поступки: прижигал

себе ладони сигаретами, куда-то бежал, по-особому болтал ногами и так далее. После выписки из этого стационара самостоятельно прекратил вдыхать пары бензина, оставался пассивным, подолгу сидел в одной позе. Не работал, не учился, всё время сидел дома, ни с кем не общался. Несколько месяцев находился дома, затем вновь был госпитализирован в психиатрический стационар. При поступлении был напряжён, возбуждён, не отвечал на вопросы. На другой день стал добродушным, несколько эйфоричным, рассказал, что слышит «голоса», которые приказывают «бегать голым по огороду», «голоса» стали звучать внутри головы, видел кем-то сделанные изображения на стенах. Какая-то старуха читала его мысли, было чувство давления на ухо. Сообщил, что голоса сказали, что его будут «карать».

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного. Определите ведущий синдром. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).
4. Составьте план профилактических мероприятий (ПК-1).
5. Составьте рекомендации пациенту и его родственникам после выписки (ПК-9).

## **МОДУЛЬ: РЕАБИЛИТАЦИЯ В НАРКОЛОГИИ**

### **Тестовые задания**

#### **Контролируемые компетенции: УК-2, ПК-8, ПК-9**

#### **Задание #1**

*Вопрос:*

Личностно-восстановительные задачи при лечении больных психозами состоят из:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) учиться ораторским навыкам.
- 2) в эмоциональном способствовании тому, чтобы больной меньше осознавал свои психопатологические переживания, как болезненные;
- 3) найти общественно полезное занятие;
- 4) в повышении степени личностной зрелости пациента путем прививания ему чувства ответственности за свои поступки;

#### **Задание #2**

*Вопрос:*

Лечебная педагогика это:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) разновидность когнитивной терапии.
- 2) разнообразные педагогические воздействия на больного ребёнка и подростка;
- 3) воздействие, идентичное рационально-эмотивной терапии Эллиса;
- 4) всё равно, что медицинская педагогика;
- 5) рациональная психотерапия детей и подростков;

#### **Задание #3**

*Вопрос:*

Важнейшим условием создания партнерских отношений с больным в процессе лечения является чувство:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) Жалости
- 2) Снисхождения.
- 3) Уважения.
- 4) Покровительства.

#### **Задание #4**

*Вопрос:*

Что изучает реабилитология:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) Использование специфических функциональных нагрузок
- 2) воздействие методов реабилитации на организм человека
- 3) Саногенетические механизмы восстановления организма
- 4) все перечисленное

#### **Задание #5**

*Вопрос:*

Какие мероприятия включает вторичная профилактика:

*Выберите один из 2 вариантов ответа:*

- 1) Лечение заболеваний в острой стадии
- 2) Профилактика осложнений и обострения заболеваний

#### **Задание #6**

*Вопрос:*

У больных с картиной шизофренического дефекта

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) действия таковы, как будто вероятностная структура их прошлого опыта в той или иной степени дезорганизована (тенденция к уравниванию вероятности) при формальной сохранности прошлого опыта
- 2) все перечисленное
- 3) нарушено использование вероятностной структуры прошлого опыта
- 4) действия менее результативны, чем действия здоровых, т.к. не помогает вероятностное прогнозирование
- 5) нарушено вероятностное прогнозирование

#### **Задание #7**

*Вопрос:*

Целями групповой психотерапии депрессивных больных является все перечисленное, кроме:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) создание у больных чувства принадлежности;
- 2) ощущение безопасности у больного;
- 3) изменение представление пациента об исключительности его заболевания;
- 4) снятие эндогенной симптоматики;
- 5) повышение самооценки.

#### **Задание #8**

*Вопрос:*

Терапия «занятостью» по добровольному выбору для больных эпилепсией включает все перечисленное, кроме:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) спортивные занятия
- 2) трудотерапия и рекомендации по выбору труда.
- 3) вечера отдыха;
- 4) занятия по способностям (музыка, литература, арт);
- 5) кружки домоводства, кройки и шитья;

### **Задание #9**

*Вопрос:*

Сколько этапов реабилитации больных существует:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) 1
- 2) 3
- 3) 5
- 4) 4
- 5) 2

### **Задание #10**

*Вопрос:*

Что является наиболее объективной оценкой эффективности реабилитации:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) Оценка отдаленных результатов
- 2) Самооценка пациента
- 3) Комплексная оценка с включением критериев качества жизни
- 4) Экономическая оценка преодоления ущерба от нетрудоспособности
- 5) Этапная оценка нозоспецифических критериев

### **Задание #11**

*Вопрос:*

В случаях затяжных депрессивных состояний следует выполнять все перечисленное, кроме:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) воздействовать на пациента реабилитационными мероприятиями;
- 2) проводить культтерапию;
- 3) вовлекать в различные виды групповой деятельности;
- 4) использовать семейную психотерапию;
- 5) обязательное длительное лечение в психиатрическом стационаре

### **Задание #12**

*Вопрос:*

В долгосрочной работе с больными эпилепсией используется все перечисленное, кроме:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) музыкальная терапия (МТ);
- 2) совместное участие в труде;
- 3) лечения больных в амбулаторных условиях
- 4) групповая психотерапия в гетерогенной группе;

5) фармакотерапия.

### **Задание #13**

*Вопрос:*

Что не относится к основным принципам медицинской реабилитации:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) Законченность (достижение выздоровления или максимально возможного улучшения)
- 2) Системность и запнность
- 3) Раннее начало
- 4) Государственность

### **Задание #14**

*Вопрос:*

Общество анонимных алкоголиков предусматривает:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) основной механизм анонимных алкоголиков это спасать себе подобных и таким способом влиять на свое желание жить трезво;
- 2) на группе обсуждение «алкогольной судьбы» членов группы, опыта трезвой жизни, взаимная поддержка;
- 3) добровольные, самостоятельные сообщества больных без врачебного вмешательства в их работу;
- 4) прекратить контакты с больными алкоголизмом вне общества анонимных алкоголиков.
- 5) отрицание наличия болезни, форма алкоголизации - это стиль жизни;

### **Задание #15**

*Вопрос:*

Анонимные алкоголики в своём лечении используют:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) девятимесячный подход.
- 2) двенадцатишаговую программу;
- 3) шестишаговый рефрейминг;
- 4) двенадцать традиций;
- 5) тройной зажим;

### **Задание #16**

*Вопрос:*

Анонимные алкоголики в своём лечении используют:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) тройной зажим;
- 2) двенадцатишаговую программу;
- 3) шестишаговый рефрейминг;
- 4) девятимесячный подход.
- 5) двенадцать традиций;

### **Задание #17**

*Вопрос:*

Что не относится к этапам реабилитации:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) Санаторно-курортный
- 2) Стационарный
- 3) Диспансерно-поликилинический
- 4) Профилактический

### **Задание #18**

*Вопрос:*

От чего зависит комплайенс психически больных:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) Доверие к врачу
- 2) Доверие к лекарству
- 3) Терапевтический альянс
- 4) Все перечисленное
- 5) Вера в положительный результат терапии

### **Задание #19**

*Вопрос:*

Созависимость в семьях больных алкоголизмом проявляется в:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) уклонении от конфликтов.
- 2) характерных личностных изменениях;
- 3) патологические двигательных стереотипах;
- 4) совместном распитии спиртного;
- 5) извлечении вторичных выгод из болезни;

### **Задание #20**

*Вопрос:*

Эмоциональная экспрессия у родственников больных проявляется:

*Выберите один из 3 вариантов ответа:*

- 1) Забота о больном
- 2) Критика и враждебность в отношении больного
- 3) Доверительные отношения с больным

## **Ситуационные задачи**

### **Задача №1**

Больной З., 31 год

Наследственность отягощена - дядя и дед по линии матери страдали психическими расстройствами, диагноз не известен. Родился в срок. Раннее развитие без особенностей. В школу пошел своевременно. С детства был малообщительным. Испытывал затруднения в контактах со сверстниками, в классе его считали «белой вороной». Изменения в характере появились приблизительно в 12 лет: усилилась замкнутость, стал холоден к окружающим, перестал справляться с учёбой. Подвергался насмешкам со стороны одноклассников, в связи с чем возникали суицидальные мысли, в это время появились навязчивые мысли «сделать что-то плохое в отношении окружающих», боролся с собой и никогда этих поступков не совершал, появились также страхи, что с ним или родственниками может случиться что-то страшное, боялся иметь дело с электроприборами, для облегчения страхов совершал ритуальные действия. Стал плохо справляться с учёбой, в связи с чем перешёл на обучение в ШРМ, одновременно учился на курсах на столяра.

В армии не служил по болезни: ограничение в движении левой руки из-за повторных переломов в возрасте 4 и 8 лет. После окончания обучения на работу устроиться не смог, временами «калымил», настроение часто было пониженным, испытывал изменённость собственного «Я» и окружающего. Впервые находился на лечении в психиатрической больнице 7 лет назад, перед госпитализацией стали возникать мысли, что его состояние обусловлено посторонним воздействием. Был госпитализирован в данную больницу по инициативе районного психиатра. В отделении: настроение понижено, описывает чувство своей измененности и измененности окружающего мира, путаницы мыслей, которую считает результатом воздействия.

При обследовании психологом выявлены структурные расстройства мышления. В процессе лечения (нейролептиками) состояние больного улучшилось, и он был отпущен в пробный отпуск, в это время он стал злоупотреблять алкоголем и на следующий день совершил суицидальную попытку - порезал себе шею, была оказана помощь в хирургическом отделении. Со слов больного он был консультирован психиатром, но не госпитализирован повторно. Даны рекомендации по амбулаторному лечению, в дальнейшем психиатра посещал нерегулярно. Имеющаяся у больного симптоматика сохранялась, в связи с пониженным настроением самостоятельно принимал amitriptyline или алкоголь, быстро росла толерантность (до 2л.), исчез рвотный рефлекс, однако, абстинентный синдром не сформировался. Длительное пьянство прерывалось, когда больной принимал антидепрессанты. Около года назад, на фоне злоупотребления алкоголем, но вне состояния опьянения попытка утопиться в реке, но не смог утонуть, сам выбрался на берег, окружающим объяснил это «несчастливым случаем». За прошедшее время больной так и не смог устроиться на постоянную работу, находился на иждивении родителей, иногда подрабатывал без оформления договора, данная госпитализация связана с решением вопроса о нетрудоспособности. В отделении малообщителен, пассивно подчиняем, свободное время проводит либо у телевизора, либо читает книги. Жалуется на навязчивые мысли и пониженное настроение, рассматривает своё состояние как болезненное, критически оценивает свои высказывания о возможном воздействии на него. Голос тихий монотонный, мимика бедная, планов на будущее нет. Считает себя нетрудоспособным.

Соматоневрологически: патологии не выявлено. При повторной консультации психолога выявлены аналогичные расстройства, что и при первой госпитализации.

Задание:

1. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
2. Составьте рекомендации пациенту и его родственникам после выписки (ПК-9).

Задача №2

Больной М., 54 года

Данная госпитализация первая, ранее у психиатров не лечился, наследственность психопатологически не отягощена, родился недоношенным, посещал ДДУ. Плохо усваивал учебный материал, ленился. Дублировал 7 класс, после этого перешёл в ПТУ, получил специальность слесаря. Работал по специальности, одновременно окончил ШРМ. Отслужил полный срок в армии в войсках ПВО в Германии, получил специальность водителя. После демобилизации продолжал работать водителем, в последние годы работает в охране. Был женат, от брака имеет взрослую дочь, 7 лет назад жена от него ушла. Стал проживать с сожительницей, которая умерла 2 года назад. Тяжелыми соматическими заболеваниями ранее не болел. Алкоголь стал употреблять с 16 лет 1-2 раз в неделю. После армии алкоголизация носила систематизированный характер, алкоголизировался по несколько дней подряд. Отмечался рост толерантности, которая достигала около 1л. водки в день. Употреблял суррогаты, напивался до выраженного опьянения. Опохмеляться стал в возрасте 30 лет. Пьянство усилилось 5 лет назад, когда стал сожительствовать с женщиной. Со слов матери, у больного якобы были «припадки», во время которых он замирал на короткое время, не реагировал на окружающих, падений и судорог не отмечалось. В октябре прошлого года больной лечился в терапевтическом отделении по поводу пневмонии. На фоне высокой температуры у него отмечались эпизоды зрительных галлюцинаций. Психиатром консультирован не был, терапевтами состояние было расценено как «белая горячка». После выписки из больницы, со слов больного и его матери, употребление алкоголя прекратил. В это

время мать обратила внимание, что больной стал рассеян, забывчив, собирался на работу в не положенное время, был вынужден записывать порученные ему дела. Нарушилась способность к самообслуживанию, стал неряшлив. В конце декабря состояние резко ухудшилось, стал говорить, что его хотят убить, нарушился сон. Врачами СП определялось повышенное АД. При очередном вызове СП был доставлен в ОНД, откуда направлен в данную больницу. При поступлении больной не откровенен, переживания раскрывает плохо, настроение снижено, отмечается снижение памяти на текущие события. АД 170/100мм.рт.ст. В дальнейшем в отделении высказывал бредовые идеи преследования.

При обследовании психологом выявлено нарушение памяти преимущественно кратковременной и внимания, а также неустойчивость динамики психических процессов.

Невропатологом диагностирована энцефалопатия сложного генеза (токсического, дисциркуляторная).

Терапевтом выявлены: хронический бронхит, пневмосклероз, ДН.

Под влиянием лечения (нейролептики, ноотропы) состояние больного постепенно улучшилось, настроение выровнялось. Стал охотнее общаться, себя обслуживает полностью, улучшилась память и способность концентрации внимания, однако психическое состояние остается неустойчивым, периодически обостряются бредовые идеи преследования, говорит, что в отделении находятся подозрительные люди, становится тревожным.

При беседе контакту доступен, на вопросы отвечает по существу, высказывает озабоченность тяжелой болезнью отца, просит отпустить его домой, чтобы повидаться с ним. Критика к болезни формальная, - «раз нахожусь в больнице - значит болен». Отмечает, что в последние месяцы ухудшилась память, стал рассеянным. Высказывает бредовые идеи преследования: считает, что в декабре за ним стали следить лица, пытавшиеся ранее проникнуть на охраняемую территорию, узнавал их по подозрительному поведению и жестам, его друзья в разговорах намекали, что задержанные им на работе люди, хотят ему отомстить, замечал возле своего дома подозрительные машины, пытался выяснить отношения с одним из «преследователей», но тот заявил, что не знаком с ним. Мышление достаточно последовательное, логичное, смысл метафорических выражений интерпретирует правильно, алкогольные ассоциации не выявлены.

Задание:

1. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
2. Составьте рекомендации пациенту и его родственникам после выписки (ПК-9).

### Задача №3

Больная 16 лет. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Отец имеет высшее техническое образование, мать – среднее педагогическое, отношения в семье доброжелательные, равноправные.

Родилась в срок первым ребенком в семье, есть еще сестра 6 лет. Раннее развитие соответствовало возрасту. Семья состоятельная: родители занимаются бизнесом. Воспитывалась по типу «кумира семьи» с элементами гиперопеки: родители контролировали строго её поведение, но удовлетворяли все её требования, окружающие ей «постоянно восхищались». Ситуация изменилась после рождения младшей сестры 6 лет назад: ей стали меньше уделять внимания, что её не устраивало.

В школу пошла 7 лет, училась хорошо. В компании была лидером, стремилась быть на виду. Оценивая свой характер, говорит, что она «стрелец»: упрямая, «меня ничего не остановит».

Впервые попробовала внутривенно героин в 14 лет после смерти друга от передозировки, считала, что «с одного раза ничего не будет». Эйфория продолжалась около 3 часов. Состояние было похоже на опьянение. Быстро появилось психическое влечение преимущественно в виде навязчивых мыслей и представлений о наркотиках. Абстинентный синдром сформировался после 30 инъекций. Продолжительность его около 5 дней, средней степени выраженности в виде типичной «ломки». С 15 лет эпизодически курит анашу, как правило, делает это для усиления действия героина. При отсутствии наркотиков эпизодически употребляла для эйфории реланиум и фенозепам.

Спиртное впервые попробовала в 15 лет: выпила около 300 г водки для снятия героиновой «ломки», с тех пор практически его не употребляет. Курит с 15 лет, в среднем в день выкуривает 10-12 сигарет. Испытывает влечение к сигаретам.

Впервые за помощью обратилась в областной наркологический диспансер в возрасте 14 лет по инициативе родителей, но убежала из поликлинического отделения раздетая. По настоянию родителей весной 2000 г. находилась на стационарном лечении в областной психиатрической больнице в течение 1 месяца. Получала медикаментозное лечение, проведено три беседы с психологом. Еще во время лечения была уверена, что продолжит наркотизацию, которую возобновила через 1 месяц, как только родители стали отпускать ее одну из дома.

Задание:

1. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
2. Составьте рекомендации пациенту и его родственникам после выписки (ПК-9).

#### Задача №4

Больной Я., 13 лет.

Родители пробанда, а также их родственники, страдают алкоголизмом. Мать с юности отличалась неустойчивым характером, часто меняла мужчин, уезжала в другие города. Пробанд родился от внебрачной связи. Беременность протекала с токсикозом. Родной отец ребенком никогда не интересовался. Раннее развитие соответствовало возрасту. Посещал детский сад, адаптировался хорошо.

С раннего детства и до настоящего времени воспитывается малограмотной прабабушкой, которая раздражительна, кричит на правнука, он её слушается плохо. Последние 6 лет мать жила со вторым мужем, который также злоупотреблял алкоголем, дома были конфликты. Несколько месяцев назад он умер от черепно-мозговой травмы (обстоятельства неизвестны).

Тяжелыми заболеваниями не болел, перенес грипп. Посещал детский сад, адаптировался в коллективе хорошо. По характеру спокойный, обидчивый, упрямый со взрослыми, но легко поддавался влиянию сверстников. В школу пошёл в срок, учился посредственно, было неинтересно. Поведение нарушилось с 11 лет: стал непослушен, целые дни проводил на улице с друзьями, конфликтовал со взрослыми, никакие меры воздействия не помогали. Из-за прогулов снизилась успеваемость, дважды дублировал обучение в 5 и 6 классах. Увлечений не имел. Практически все время семья находилась в стеснённых материальных условиях, а последние годы жили в нищете.

Курить стал с 9 лет под влиянием друзей, в настоящее время выкуривает по 5-10 сигарет в день. Алкоголь не пробовал. Клей «Спрут» впервые предложили друзья в возрасте 12 лет. Вдыхал его, налив в пластиковый мешок. Состояние одурманивания понравилось, испытывал удовольствие: «балдел», «видел мультики». В это время был заторможен, окружающее не воспринимал. Вдыхал клей вместе с друзьями несколько раз в неделю. В последнее время стал отмечать, что количество клея, необходимого для получения удовольствия, увеличилось примерно в два раза. Спустя 2-3 месяца стал испытывать влечение к ЛОВ, которое проявлялось снижением настроения, а также воспоминаниями и фантазиями на тему употребления ЛОВ.

Впервые был направлен к наркологам милицией в возрасте 13 лет, согласился на лечение под давлением обстоятельств, т.к. был поставлен на учет в ИДН. В подростковом стационаре находился 13 дней, получал медикаментозное лечение. Выписан по настойчивой просьбе. После выписки из стационара амбулаторно не наблюдался, лечения не принимал, продолжает периодически вдыхать клей, но реже. Прабабушка пытается его контролировать, регулярно «обнюхивает».

**Экспериментально-психологические исследования.** Диагностируется гипертимная акцентуация по тесту Шмишека, по тесту УНП повышен уровень психопатизации, показатель алекситимического теста в зоне неопределенного диагноза.

При беседе заинтересованности не проявляет, немногословен, легко отвлекается, формально соглашается с необходимостью изменить свою жизнь, однако от помощи отказывается, даже когда ему предлагают посещать центр социальной поддержки, где он может получать нормальное питание. Уровень знаний не соответствует образованию. Круг интересов сужен, увлечений не

имеет. Абстрактное мышление доступно. В настоящее время дополнительно занимается с учителем на дому, исправляет неудовлетворительные отметки.

Задание:

1. Составьте план реабилитационных мероприятий (УК-2, ПК-8).
2. Составьте рекомендации пациенту и его родственникам после выписки (ПК-9).

## **МОДУЛЬ: ОСНОВЫ АДДИКТОЛОГИИ**

### **Тестовые задания**

#### **Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-9**

#### **Задание #1**

*Вопрос:*

Санитарно-просветительская работа является направлением:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) педагогического воспитания
- 2) социального воспитания
- 3) правового воспитания
- 4) гигиенического воспитания
- 5) патриотического воспитания

#### **Задание #2**

*Вопрос:*

Психогигиеническая и психопрофилактическая работа в рамках лечебно-педагогических мероприятий с детьми и подростками предусматривает все перечисленное, кроме:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) участие врача и педагога в организации правильного режима школьника;
- 2) обучение родителей правильному педагогическому подходу к детям;
- 3) разъяснительную и обучающую работу с персоналом детских учреждений, школьными работниками;
- 4) коррекцию отношений родителей и педагогов к подросткам с учетом возрастных психологических особенностей;
- 5) развитие сети спортивных учреждений

#### **Задание #3**

*Вопрос:*

С какого возраста в среднем начинают курить в РФ?

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) с 5 лет
- 2) с 8 лет
- 3) с 10 лет
- 4) с 13 лет
- 5) с 15 лет

#### **Задание #4**

*Вопрос:*

При проведении психогигиенической работы необходимо учитывать все перечисленное, кроме:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) возрастной фактор;
- 2) половые различия;
- 3) состояние семьи, семейные отношения;
- 4) климатический фактор;
- 5) фактор жизни в селе или в городе

### **Задание #5**

*Вопрос:*

Комплекс стратегий ВОЗ по борьбе с табачной эпидемией включает:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) Повышение налогов на табачные изделия;
- 2) Предупреждение об опасностях, связанных с курением табака;
- 3) Предложение помощи в целях прекращения употребления табака;
- 4) Защита людей от табачного дыма;
- 5) Все вышеизложенные.

### **Задание #6**

*Вопрос:*

Как часто в мире умирают люди от болезней, связанных с употреблением табака?

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) каждые, 5 секунд
- 2) каждые 10 секунд
- 3) каждые 30 секунд
- 4) каждый час

### **Задание #7**

*Вопрос:*

Какие законы РФ направлены на борьбу против табака?

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) Федеральный закон об ограничении курения табака
- 2) технический регламент по табаку
- 3) закон о рекламе
- 4) административный кодекс
- 5) все перечисленные

### **Задание #8**

*Вопрос:*

В группу риска формирования синдромов химических зависимостей входят подростки, кроме:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) замеченные в употреблении алкоголя или других ПАВ;
- 2) ведущие асоциальный образ жизни;
- 3) из неблагополучных семей;
- 4) с заболеванием желудочно-кишечного тракта;
- 5) с пограничной умственной отсталостью.

### **Задание #9**

*Вопрос:*

Факторы риска - это переменные, которые участвуют в сложной цепи причинно-следственных связей, определяющих заболеваемость. К ним относятся:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) Элементы социальной и природной среды
- 2) Особенности поведения людей, их образ жизни, вредные привычки
- 3) Индивидуальные особенности организма людей, определяющие предрасположенность людей к заболеваниям
- 4) Все перечисленное
- 5) Ничего из перечисленного

### **Задание #10**

*Вопрос:*

Опасность наркоманий, токсикоманий вызвана всем перечисленным, кроме:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) высокой смертностью вследствие передозировки;
- 2) несчастными случаями в состоянии опьянения; самоубийства;
- 3) высокой криминагенностью;
- 4) взаимопониманием среди наркоманов

## **Ситуационные задачи**

Задача № 1.

Больной Н., 17 лет. Отец страдал алкоголизмом, умер от алкогольной интоксикации. Родился здоровым, рос послушным, покладистым, уравновешенным, добрым, но легко попадал под влияние, чаще отрицательное, своих друзей. В школе до 5 класса учился хорошо, но затем успеваемость снизилась. Поступил в ПТУ, там в возрасте 15 лет в компании сверстников пристрастился к вдыханию паров бензина. Мать сразу это заметила, принимала профилактические меры, но всё было напрасно. Вдыхал ежедневно в течение недели, потом делал перерыв на 2 дня и вновь неделями вдыхал. Занятия в ПТУ прогуливал, потому был вскоре отчислен. Находился на стационарном лечении в наркологическом отделении для подростков, оттуда сбежал через две недели, продолжал интенсивно вдыхать пары бензина, под их воздействием смотрел «мультики», общался с голосами знакомых. Через полгода вновь был госпитализирован в подростковое наркологическое отделение. Находился там два месяца. Был выписан вялым, бездеятельным, сидел бесцельно на одном месте, ничем не занимался, плохо спал, часами смотрел в одну точку, улыбался, иногда громко смеялся без причины, стал разговаривать сам с собой. Был направлен на стационарное лечение в психиатрическую больницу. В отделении также был вял, безразличен к ситуации, незаинтересован в происходящем, заторможен, погружён в себя. Мимика очень бедная, речь монотонная, невыразительная. Все вопросы врача понимает, отвечает после пауз. Без смущения рассказывал о вдыхании паров бензина, о том, что делал это сразу после выписки из наркологического отделения, в отсутствие матери дома. Мышление конкретное, замедленное по темпу. В отделении не спал по ночам, был неряшлив, походка шаткая, плохо осмыслял инструкции. Был одинок, часто застывшим взглядом смотрел на потолок и стены, что-то на них видел, слышал голоса из вентиляционных решёток, разговаривал с ними, смеялся. Настроение было сниженным, эмоции маловыразительные, однообразные.

Получил мощную дезинтоксикационную, дегидратационную терапию, нейрорептики, ноотропы, сосудистые препараты. Однако продолжал оставаться бездеятельным, испытывал постоянные истинные слуховые галлюцинации, под влиянием голосов совершал нелепые поступки: прижигал себе ладони сигаретами, куда-то бежал, по-особому болтал ногами и так далее. Был для

продолжения лечения переведен в наркологический стационар. После выписки из этого стационара самостоятельно прекратил вдыхать пары бензина, оставался пассивным, подолгу сидел в одной позе. Не работал, не учился, всё время проводил дома, ни с кем не общался. Несколько месяцев находился дома, затем вновь был госпитализирован в психиатрический стационар. При поступлении был напряжён, возбуждён, не отвечал на вопросы. На другой день стал добродушным, несколько эйфоричным, рассказал, что слышит голоса, которые приказывают «бегать голым по огороду», голоса стали звучать внутри головы, видел кем-то сделанные изображения на стенах. Какая-то старуха читала его мысли, было чувство давления на ухо. Сообщил, что голоса сказали, что его будут «качать». На фоне терапии нейролептиками нового поколения симптоматика сохранялась длительное время, затем расстройства постепенно купировались, был выписан домой.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного (УК-1, ПК-5).
2. Составьте рекомендации пациенту и его родственникам после выписки (ПК-9).

Задача № 2.

Больной Н., 22 года.

Наследственность не отягощена. Единственный ребенок в семье. Характеризует себя как спокойного, общительного. В возрасте 7 лет сломал ногу, впоследствии эта нога была на несколько сантиметров короче, перенес операцию. Была ограничена активность, не мог участвовать наравне со сверстниками в играх, переживал свою неполноценность. Не имел определенных планов на будущее, по инициативе родителей поступил в институт, ни учеба, ни будущая специальность не нравились. Два года встречался с девушкой, был очень к ней привязан, рассказывает, что не хотел с ней разлучаться ни на день, ревновал ее. Летом прошлого года девушка с ним рассталась, сказав, что он «не мужчина ее мечты». Тяжело переживал разрыв с ней, его поддерживал в это время друг, который был все время с ним рядом. Когда друг уехал, он стал встречаться с компанией, в которой все злоупотребляли алкоголем, выпивал вместе с ними, потом «выпивать надоело» и нашел другую компанию, в которой употребляли наркотики. Полгода назад почувствовал, что жизнь «стала какой-то серой», пропали все чувства, стал хуже учиться, потом прогуливать занятия. Чтобы оживить эмоции, курил анашу. Чувствовал себя неполноценным. В это время начал ощущать, что его жизни угрожает опасность. Замечал, что за ним следили из проезжающих автомобилей, боялся больших компаний на улице, «могли ограбить и убить». В это время ездил только на такси. Оформил академический отпуск. Работал продавцом в магазине. Около месяца до поступления в данную больницу настроение стало улучшаться, стал понимать, что «следят с хорошей целью, повлиять, сделать меня лучше». За две недели до поступления стал чрезмерно активен, возбужден, совершал нелепые поступки, настроение было приподнятым, нарушился сон. Сам рассказывает, что когда услышал о будущей Олимпиаде в Сочи, то понял, что это сделано для него, Олимпиада будет проходить для него. Рассказывал окружающим, что готовится к Олимпиаде, собирался заняться ее организацией. Говорил, что хочет стать президентом страны. При поступлении в психиатрическую больницу был возбужден, агрессивен, применялись меры физического стеснения. Настроение было патологически повышенным. В процессе лечения стал спокойнее, соблюдал режим отделения.

При беседе в приподнятом настроении, охотно рассказывает о своих переживаниях, настроение характеризует как «отличное». Помещение в больницу считает позитивным, так как это «улучшает его». Мышление непоследовательное, паралогичное. Так, говорит, например, что смотрел выступление президента по ТВ, где тот «признался в ошибках», понял тогда, что и он сам может стать президентом. Рассказал, что ощущает со стороны окружающих воздействие, они узнают его мысли, но описывает эти переживания без подробностей, неопределенно. Сказал, что лечащий врач знает его мысли в силу своей проницательности и профессионализма, так как задает вопросы, ответы на которые ему известны. Сказал, что впервые в жизни полюбил девушку, которую до этого три раза видел, собирает с ней создать семью, детей, и всей семьей «поехать на олимпиаду». От планов президентства отказался. В отделении слежки за собой не наблюдает. С момента поступления считал, что события в больнице строятся специально для него, «вся больница

крутилась вокруг меня». Говорит, что настоящая встреча с врачами так же проводится для того, чтобы он «потренировался общаться с большой группой людей». Критики к своему состоянию нет, хотя формально говорит, что был болен, не может сказать, что относится к проявлениям болезни.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного (УК-1, ПК-5).
2. Составьте рекомендации пациенту и его родственникам после выписки (ПК-9).

### Задача № 3

Больная С. 28 лет.

Наследственность отягощена: отец лечился по поводу алкоголизма в ОНД. Дед по линии отца так же злоупотреблял алкоголем. Родилась в срок. Раннее развитие соответствовало возрастной норме. Посещала ДДУ. В школу пошла во время, училась посредственно, не проявляя особого интереса. С окружающими поддерживала ровные отношения, в конфликты не вступала. По характеру в меру общительна, вспыльчива, но отходчива, впечатлительная. В конфликтных ситуациях использовала стратегию избегания. После окончания школы поступила в вуз на платной основе, но через год учебу оставила в связи с замужеством и беременностью. В дальнейшем работала контролером качества на текстильном предприятии в течение 2-х лет, шесть месяцев в агентстве недвижимости, без официального оформления. Замужем, проживает с мужем, дочерью и своей матерью. Отношения с мужем у больной неустойчивые из-за его пьянства. Перенесенные заболевания: детские инфекции, операция по поводу фибroadеномы молочной железы в 19 лет, гепатит «А» в возрасте 17 лет. Алкоголь впервые попробовала на выпускном вечере. Выпила около 0.5 литров сухого вина, после чего чувствовала себя плохо и длительное время испытывала отвращение к спиртному. После замужества выпивки участились, алкоголизировалась не реже 1 раза в месяц. Постепенно росла толерантность и к настоящему времени она составляет 0.5 л водки. Выпивки резко участились, когда больная перешла на работу в агентство недвижимости. Выпивала вместе с коллегами по работе, в дальнейшем стала пьянствовать вместе с мужем. Злоупотребление стало носить запойный характер. Утратила количественный контроль, исчез защитный рвотный рефлекс, появились похмельные состояния: головная боль, тремор рук, общее плохое самочувствие. Опохмеление вызывало улучшение на несколько часов. В дальнейшем обострялось влечение, и больная вновь массивно алкоголизировалась. Последний запой продолжался 4 дня.

Психические расстройства появились остро через три дня ночью. Проснулась от ощущения ползания по телу «насекомых», увидела на полу «рой клопов». Испытывала тревогу, была возбуждена. В течение утра несколько успокоилась, днем делала домашние дела. К вечеру состояние вновь ухудшилось, увидела на подоконнике неясный силуэт «уродливого карлика», который разговаривал голосом ее мужа. Рядом с ним находилась «кукла», похожая на любовницу мужа. Когда больная подходила к ним, они исчезали, при отдалении появлялись вновь. Слышала их «голоса», имевшие обвиняющий характер, обращенные друг к другу и к ней, была госпитализирована в психиатрическую больницу бригадой «СП», которую вызвала подруга.

При госпитализации: контакту доступна, ориентирована правильно, испытывает тревогу, беспокойна. С частичной критикой описывает возникавшие у нее галлюцинаторные переживания. Отмечается инъекция склер, тремор рук и языка, нистагм при отведении глазных яблок в сторону. В течение ночи больная продолжала слышать «голоса». После проведения дезинтоксикации и назначения нейролептиков активная психотическая симптоматика быстро исчезла. В дальнейшем больная критически оценивала перенесенный психоз. Злоупотребление алкоголем сначала отрицала и признала злоупотребление алкоголем только после того, как был получен анамнез со слов ее матери.

Через две недели при беседе с врачом контакту легко доступна, на вопросы отвечает по существу, фон настроения ровный, с критикой описывает имевшиеся у нее психотические расстройства. Стремится приуменьшить размеры пьянства, но при углубленной беседе сообщает о нем более откровенные сведения. Круг интересов сужен, в общественных событиях ориентируется слабо, запас знаний ниже уровня полученного образования. Не может ответить на вопросы учебной

программы 7-9 класса. Абстрактное мышление доступно в суженном объеме. Часто не может дать интерпретацию метафорическим выражениям. Память грубо не нарушена. Охотно беседует на алкогольную тематику, сообщает о предпочитаемых видах алкогольной продукции.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного (УК-1, ПК-5).
2. Составьте рекомендации пациенту и его родственникам после выписки (ПК-9).

Задача № 4

Больной У., 20 лет.

Личность с чертами тревожной мнительности, перфекционистскими установками («в жизни все должно складываться безупречно»). Несколько раз за последний год курил сигареты с анашой, испытывал эйфорию и усиление активности. Попробовал «экстази», что тоже вызвало прилив сил. Признаков зависимости не выявлено. Два месяца назад в компании друзей, находясь в Москве, после двух бессонных ночей (по объективным внешним причинам) принял полтаблетки «экстази», а спустя непродолжительное время покурив анашу. После этого развилось состояние «безумного смеха», испугался, что выглядит нелепо, пытался совладать с этой реакцией; появилось чувство неуправляемого течения мыслей в голове, возник страх, что сходит с ума, сильная тревога. После этого продолжал испытывать чувство тревоги, было ощущение внутренней измененности, «чувство, что меня нет». «Обострились слух и зрение», видел контуры предметов более четко, «как-то по-другому», звуки раздражали. Было ощущение, что часть мыслей не принадлежит ему. Замечал, что некоторые люди на улице смотрят на него «как-то сбоку». Постоянно думал о том, что он заболел, что не выздоровеет, очень переживал по поводу случившегося. Был госпитализирован в психиатрическую больницу. На третий день, на фоне лечения галоперидолом, состояние улучшилось. Больной продолжал испытывать беспокойство, думал, что вдруг все повторится, и аналогичные расстройства действительно появились снова через несколько дней.

В отделении на фоне терапии большинство болезненных проявлений купировалось.

При беседе жалуется на тревогу, потерю интереса к жизни, «апатию». На протяжении всего времени консультации плачет, слезы «градом», с детскими интонациями и мимикой говорит, что боится навсегда остаться больным, что устал чувствовать себя больным. Суждения отличаются инфантильным характером. Фон настроения несколько снижен соответственно ситуации. К своему состоянию критичен.

Задание:

1. Перечислите симптомы, характеризующие клиническое состояние больного (УК-1, ПК-5).
2. Составьте рекомендации пациенту и его родственникам после выписки (ПК-9).

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Ивановская государственная медицинская академия»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Институт последипломного образования**

Кафедра безопасности жизнедеятельности и медицины чрезвычайных ситуаций

**Приложение 1  
к рабочей программе дисциплины  
Медицина чрезвычайных ситуаций**

**Оценочные средства и методические материалы  
для проведения промежуточной аттестации по дисциплине  
Медицина чрезвычайных ситуаций**

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Направление подготовки: 31.08.21 Психиатрия-наркология

Квалификация выпускника: врач – психиатр-нарколог

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б1.Б.2

## **I. Паспорт ОС по дисциплине «Медицина чрезвычайных ситуаций»**

### **1.1. Область применения**

Фонд оценочных средств – является неотъемлемой частью учебно-методического комплекса дисциплины «Медицина чрезвычайных ситуаций» и предназначен для контроля и оценки образовательных достижений обучающихся, освоивших программу данной дисциплины и в процессе освоения ее.

### **1.2. Цели и задачи фонда оценочных средств**

Целью Фонда оценочных средств является установление соответствия уровня подготовки обучающихся требованиям Федерального образовательного стандарта высшего образования (уровень подготовки кадров высшей квалификации с учётом рекомендаций примерной основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры).

Для достижения поставленной цели Фондом оценочных средств по дисциплине «Медицина чрезвычайных ситуаций» решаются следующие задачи:

1. Сформировать обширный и глубокий объем базовых, фундаментальных медицинских знаний, формирующих профессиональные компетенции врача, способного успешно решать свои профессиональные задачи при ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций мирного и военного времени.
2. Сформировать и совершенствовать профессиональную подготовку врача, обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующегося в сложной патологии, имеющего углубленные знания смежных дисциплин.
3. Подготовка врача-специалиста к самостоятельной профессиональной лечебно-диагностической деятельности, умеющего провести дифференциально-диагностический поиск, оказать в полном объеме медицинскую помощь при массовом поступлении пораженных из очага массовых санитарных потерь чрезвычайных ситуаций мирного и военного времени.
4. Подготовить врача-специалиста, владеющего навыками и общеврачебными манипуляциями по оказанию первой, доврачебной и первой врачебной помощи.
5. Сформировать и совершенствовать систему общих и специальных знаний, умений, позволяющих врачу свободно ориентироваться в вопросах организации медицинского обеспечения населения, пострадавшего в результате чрезвычайных ситуаций мирного и военного времени.

### **1.3. Контролируемые компетенции**

В результате изучения дисциплины «Медицина чрезвычайных ситуаций» предусмотрено формирование следующих компетенций:

Таблица 1

Код	Наименование компетенции
УК-2	Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия
УК-3	Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке

	государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения
ПК-3	Готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях
ПК-7	Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации
ПК-12	Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации

**1.4. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине  
«Медицина чрезвычайных ситуаций»**

Таблица 2

№ пп	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Контрольное мероприятие (аттестационное испытание), способы его проведения
1	УК-2, УК-3, ПК-3	<b>Знает</b> Безопасность жизнедеятельности. Ее основные задачи, место и роль в подготовке специалиста Медико-биологические аспекты дисциплины «Безопасность жизнедеятельности». Характер системы «человек-среда обитания». Взаимодействие человека со средой обитания. Критерии воздействия негативного воздействия: санитарные потери, безвозвратные потери, сокращение продолжительности жизни. Основные понятия, термины, определения: чрезвычайная ситуация, чрезвычайная ситуация в здравоохранении, авария, катастрофа, стихийное бедствие, пострадавший, пораженный Источники и уровни различных видов опасностей естественного, антропогенного и техногенного характера. Классификация негативных факторов, чрезвычайных ситуаций и катастроф. Вероятность (риск) и уровни воздействия негативных факторов	Комплект тестовых заданий, защита рефератов	Компьютерное и бланковое тестирование по итогам изучения:  -Тема 1.1 «Основные положения безопасности жизнедеятельности. Понятия, термины, определения. Общая характеристика ЧС» -Тема 1.2 «Негативные факторы среды обитания и их воздействие на человека» -Тема 1.3 «Бытовые травмы и поражения» -Тема 1.4 «Управление безопасностью жизнедеятельности. Техника безопасности на рабочих местах. Охрана труда»
2	УК-2, УК-3, ПК-7	<b>Знает</b> Основные понятия, термины, определения: чрезвычайная	Комплект тестовых заданий,	Компьютерное и бланковое тестирование по

	<p>ситуация, чрезвычайная ситуация в здравоохранении, авария, катастрофа, стихийное бедствие, пострадавший, пораженный</p> <p>Организацию медицинской сортировки на догоспитальном этапе. Организацию работы сортировочной бригады медицинского отряда, организацию внутрипунктовой и эвакуационной сортировки. Организацию медицинской сортировки в больнице при массовом поступлении пораженных из очага. Дорожно-транспортная безопасность. Организация медико-санитарного обеспечения при ДТП, сопровождающимся массовыми санитарными потерями</p> <p>Оказание первой помощи при ликвидации последствий химических аварий, краткая характеристика химических аварий. Оказание первой помощи при ликвидации последствий радиационных аварий, краткая характеристика радиационных аварий. Оказание первой помощи при ЧС на взрыво- и пожароопасного характера, характеристика ЧС взрыво- и пожароопасного характера</p> <p>Оказание первой помощи при террористических актах: краткая характеристика террористических актов Оказание первой помощи при локальных вооруженных конфликтах</p> <p>Оказание первой помощи при ликвидации последствий землетрясений. Принципы оказания медицинской помощи при наводнении, при попадании людей под снеговые лавины, в районе, пострадавшем от селя, при ликвидации медико-санитарных последствий пожаров</p>	<p>защита рефератов</p>	<p>итогам изучения:</p> <p>-Тема 1.3 «Бытовые травмы и поражения»</p> <p>-Тема 1.4 «Управление безопасностью жизнедеятельности. Техника безопасности на рабочих местах. Охрана труда»</p> <p>-Тема 2.1 «Медико-тактическая характеристика ЧС техногенного характера. Организация оказания медицинской помощи при ЧС техногенного характера»</p> <p>-Тема 2.2 «Медико-тактическая характеристика ЧС природного характера. Организация оказания медицинской помощи при ЧС природного характера»</p> <p>-Тема 3 Дорожно-транспортная безопасность. Медицинская помощь при ДТП</p>
	<p><b>Владеет</b></p> <p>Навыками извлечения пораженных из труднодоступных мест, в том числе и при синдроме длительного сдавления с использованием подручных средств, а также лямки медицинской носилочной и лямки</p>	<p>Отработка навыков на тренажерах в классе практической подготовки</p>	<p>Демонстрация ординаторами владения практическими навыками по итогам изучения</p>

		<p>специальной Ш-4</p> <p>Навыками переноски пострадавших с использованием носилок медицинских, подручных средств, лямки медицинской носилочной и лямки специальной Ш-4</p> <p>Навыками оказания первой помощи при попадании инородного тела в дыхательные пути.</p> <p>Навыками оказания первой помощи при электротравме и поражении молнией.</p> <p>Навыками оказания первой помощи при утоплении.</p> <p>Навыками оказания первой помощи при гипотермии.</p> <p>Навыками оценки тяжести поражения при механической травме, ожоге.</p> <p>Навыками оказания первой помощи при механической травме, ожогах, поражении отравляющими аварийно-опасными веществами и при поражении ионизирующим излучением.</p> <p>Навыками оказания первой помощи при дорожно-транспортных происшествиях</p> <p>Навыками проведения мероприятий первичного реанимационного комплекса</p>		<p>- Тема 2.1 «Медико-тактическая характеристика ЧС техногенного характера. Организация оказания медицинской помощи при ЧС техногенного характера»</p> <p>- Тема 2.2 «Медико-тактическая характеристика ЧС природного характера. Организация оказания медицинской помощи при ЧС природного характера»</p> <p>- Тема 2.3 «Техника безопасности на рабочих местах. Охрана труда»</p> <p>- Тема 3 Дорожно-транспортная безопасность. Медицинская помощь при ДТП</p>
3	УК-2, УК-3, ПК-12	<p><b>Знает</b></p> <p>Вероятность (риск) и уровни воздействия негативных факторов</p> <p>Организацию медико-санитарного обеспечения при ликвидации последствий химических аварий.</p> <p>Организацию медико-санитарного обеспечения при ликвидации последствий радиационных аварий.</p> <p>Организацию медико-санитарного обеспечения при чрезвычайных ситуациях на взрыво- и пожароопасного характера.</p> <p>Особенности медико-санитарного обеспечения при террористических актах.</p> <p>Особенности медико-санитарного обеспечения при локальных вооруженных конфликтах: условия</p>	Комплект тестовых заданий, защита рефератов	<p>Компьютерное и бланковое тестирование по итогам изучения:</p> <p>- Тема 2.1 «Медико-тактическая характеристика ЧС техногенного характера. Организация оказания медицинской помощи при ЧС техногенного характера»</p> <p>- Тема 2.2 «Медико-тактическая характеристика ЧС природного характера. Организация оказания медицинской помощи при ЧС природного</p>

	<p>деятельности органов здравоохранения при локальных вооруженных конфликтах</p> <p>Организацию работы лечебного учреждения при массовом поступлении пораженных из очага техногенной аварии, природной катастрофы</p> <p>Организацию медико-санитарного обеспечения при ликвидации последствий землетрясений.</p>		<p>характера»</p> <p>Т. 2.3 «Организовать оказание первой и доврачебной помощи при террористическом акте и при локальных военных конфликтах»</p> <p>- Тема 3 Дорожно-транспортная безопасность.</p>
	<p><b>Умеет</b></p> <p>Организовать работу сортировочной бригады медицинского отряда при массовом поступлении пострадавших</p> <p>Организовать внутрипунктовую и эвакуационную сортировку при массовом поступлении пораженных из очага массовых санитарных потерь в лечебное учреждение</p> <p>Организовать оказание первой помощи пострадавшим в очаге техногенной аварии</p> <p>Организовать оказание первой помощи при террористическом акте и при локальных военных конфликтах</p> <p>Организовать оказание первой помощи пострадавшим в очаге природной катастрофы (землетрясение, наводнение)</p> <p>Организовать оказание медицинской помощи при дорожно-транспортных происшествиях</p>	<p>Комплекты ситуационных задач и сценарии ролевых игр</p>	<p>Решение ситуационных задач и проведение ролевых игр по итогам изучения</p> <p>- Тема 2.1 «Медико-тактическая характеристика ЧС техногенного характера. Организация оказания медицинской помощи при ЧС техногенного характера»</p> <p>- Тема 2.2 «Медико-тактическая характеристика ЧС природного характера. Организация оказания медицинской помощи при ЧС природного характера»</p> <p>- Т. 2.3 «Организовать оказание первой и доврачебной помощи при террористическом акте и при локальных военных конфликтах»</p> <p>- Тема 3 Дорожно-транспортная безопасность. Медицинская помощь при ДТП</p>

## II. Оценочные средства

### 2.1 Развернутая беседа и обсуждение рефератов

#### 2.1.1 Содержание

Одна из форм проведения занятий является семинар. Он проводится по наиболее сложным вопросам, темам или разделам. Его цель – формирование и развитие у обучающихся навыков самостоятельной работы, научного мышления, умения активно

участвовать в дискуссии, делать выводы, аргументировано излагать свое мнение и отстаивать его.

Наиболее распространены две формы семинарского занятия: в виде развернутой беседы и в виде обсуждения рефератов и докладов.

Для этой цели при изучении каждой темы определяются вопросы, выносимые для обсуждения на семинарское занятие и предлагаемая тематика рефератов.

Например:

<p>Тема 1.1 «Основные положения безопасности жизнедеятельности. Понятия, термины, определения. Общая характеристика ЧС»</p>	<p style="text-align: center;"><b>Вопросы для обсуждения на занятии</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Опасность. Номенклатура опасностей. Таксономия опасностей.</li> <li>2. Понятие о концепции приемлемого (допустимого) риска</li> <li>3. Управление риском. Системный анализ безопасности</li> <li>4. Анализ причинно-следственных связей между реализованными опасностями и причинами</li> <li>5. Логические операции при системном анализе безопасности</li> </ol> <p style="text-align: center;"><b>Примерные темы рефератов</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Классификация чрезвычайных ситуаций по источнику и по масштабу распространения</li> <li>2. Концепция приемлемого риска. Ее реализация в Российской Федерации</li> <li>3. Силы и средства РСЧС. Их краткая характеристика</li> <li>4. Задачи сил и средств РСЧС</li> <li>5. Силы и средства наблюдения и контроля. Их краткая характеристика</li> <li>6. Силы и средства ликвидации чрезвычайных ситуаций. Их краткая характеристика</li> <li>7. Центроспас. Его задачи, структура и оснащение</li> <li>8. ППС России. Их задачи, структура и оснащение</li> <li>9. Поисково-спасательный отряд Ивановской области. Его краткая характеристика и возможности</li> <li>10. Основные задачи Минздрава России в сфере ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций</li> </ol>
---	---

### **2.1.2 Критерии и шкала оценки**

При оценивании работы ординаторов используется следующая система оценки

Таблица 3

Система оценок обучающихся

<b>Характеристика ответа</b>	<b>Баллы</b>	<b>Оценка</b>
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном ориентировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию студента.</p>	100-96	5+
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана</p>	95-91	5

<p>совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные студентом самостоятельно в процессе ответа.</p>		
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. В ответе допущены недочеты, исправленные студентом с помощью преподавателя.</p>	90-86	5-
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные студентом с помощью преподавателя.</p>	85-81	4+
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен в терминах науки. Однако допущены незначительные ошибки или недочеты, исправленные студентом с помощью "наводящих" вопросов преподавателя.</p>	80-76	4
<p>Дан полный, но недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Ответ логичен и изложен в терминах науки. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении основных понятий, которые студент затрудняется исправить самостоятельно.</p>	75-71	4-
<p>Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Студент не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Студент может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции.</p>	70-66	3+
<p>Дан неполный ответ, логика и последовательность изложения имеют существенные нарушения. Допущены грубые ошибки при определении сущности раскрываемых понятий, теорий, явлений, вследствие непонимания студентом их существенных и несущественных признаков и связей. В ответе отсутствуют выводы. Умение раскрыть конкретные проявления обобщенных знаний не показано. Речевое оформление требует поправок, коррекции.</p>	65-61	3
<p>Дан неполный ответ. Присутствует нелогичность изложения. Студент затрудняется с доказательностью. Масса существенных ошибок в определениях терминов, понятий, характеристике фактов, явлений. В ответе отсутствуют выводы. Речь неграмотна. При ответе на</p>	60-56	3-

дополнительные вопросы студент начинает понимать связь между знаниями только после подсказки преподавателя.		
Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Не понимает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа студента не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины.	55-51	2+
Не получен ответ по базовым вопросам дисциплины.	50-47	2
Отказ от ответа	46	2-

### ***2.1.3 Методические указания по организации и процедуре оценивания***

На каждое семинарское занятие планировать не более 2-х докладов рефератов продолжительностью не более 10 минут каждый. Иногда по инициативе преподавателя или по желанию самих ординаторов можно назначить содокладчика (ов). Из числа ординаторов, не готовивших доклад, назначается группа оппонентов, которые предварительно знакомятся с текстами рефератов. Список рекомендованных тем рефератов обязательно изменять на каждую группу. Можно предложить ординаторам самим выбрать название реферата в соответствии с тематикой занятия.

Заслушивание и обсуждение рефератов обязательно необходимо сочетать с развернутой беседой по теме занятия, чтобы заставить всех обучающихся готовиться к занятию.

Для оценки работы докладчика, содокладчика (ов) и оппонентов должны привлекаться все ординаторы группы.

## **2.2. Тесты**

Контроль знаний тестированием является необходимой частью учебного процесса.

Цель проведения контроля знаний в тестовой форме состоит в том, чтобы повысить объективность оценки уровня знаний. Когда тестирование знаний в группе проводится по пройденному курсу, то полнота его изучения выявляется как для всей группы в целом, так и индивидуально для каждого обучающегося.

В отличие от остальных форм контроля знаний, которое отнимают много времени, тестирование проводится для ординаторов всей группы одновременно и, хотя процесс тестирования в целом менее продолжителен, он дает более объективную картину уровня знаний.

Тестирование, независимо от того, проводится оно в письменной форме или посредством компьютеров, психологически меньше нагружает обучающихся и преподавателей. Результаты тестирования после обработки на компьютере представляются в форме совокупности стандартных статистических показателей, пригодных для установления рейтинга знаний ординаторов и сравнительных характеристик группы в целом.

### ***2.2.1. Содержание***

Существуют несколько вариантов тестов.

Бланковые тесты содержат только вариант задания с выбором одного или нескольких правильных ответов.

Например:

<u>Задания с выбором одного правильного ответа</u>	<b>№ ... Количественная оценка опасности это...?</b> а) Проблема опасности б) Безопасность в) Условия деятельности г) <b>Риск опасности (правильный ответ)</b> д) Безопасность жизнедеятельности
<u>Задания с выбором нескольких правильных ответов</u>	<b>№ ..... Выберите правильные утверждения об опасности...?</b> а) <b>Опасности носят потенциальный характер (правильный ответ)</b> б) <b>Актуализация опасностей происходит при определенных условиях, именуемых причинами (правильный ответ)</b> в) Опасность включает в себя цель, средства, результат и сам процесс опасности г) Опасность – это часть системы государственных мероприятий, проводимых в целях защиты населения от последствий аварий и стихийных бедствий д) <b>Признаками опасности являются: угроза для жизни; возможность нанесения ущерба здоровью; нарушение условий нормального функционирования систем человека (правильный ответ)</b>

Тесты в компьютерном варианте позволяют использовать кроме выше перечисленных иные варианты заданий.

Например:

<u>Задания на установление правильной последовательности</u>	<b>№ ..... Укажите последовательность изучения опасностей?</b> а) Ввести ограничения на анализ, т.е. исключить опасности, которые не будут изучаться б) Провести анализ последствий в) Определить части системы, которые могут вызвать эти опасности г) <b>Выявить последовательность опасных ситуаций, построить дерево событий и опасностей (правильный ответ)</b> а) <b>Выявить источники опасности</b> б) <b>Определить части системы, которые могут вызвать эти опасности</b> в) <b>Ввести ограничения на анализ, т.е. исключить опасности, которые не будут изучаться</b> г) <b>Выявить последовательность опасных ситуаций, построить дерево событий и опасностей</b> д) <b>Провести анализ последствий</b>
<u>Задания на установление соответствия</u>	<b>№ ..... Какие определения соответствуют указанным ниже понятиям?</b>

	<p><b>1) Безопасность 2) Опасность 3) Приемлемый риск</b></p> <p>а) Это условия, в которых находится сложная система, когда действие внешних и внутренних факторов не влечет отрицательных действий по отношению к данной системе в соответствии с существующими потребностями и представлениями</p> <p>б) Это негативное свойство живой и неживой материи, способное причинять ущерб самой материи: людям, природной среде, материальным ценностям</p> <p>в) Это такая частота реализации опасностей, которая не влияет на экономические показатели предприятия, отрасли экономики или государства</p> <p>г) Это наука о комфортном и травмобезопасном взаимодействии человека со средой обитания</p> <p>д) Это совокупность факторов среды обитания, воздействующих на человека</p> <p style="text-align: center;"><b>(правильный ответ)</b></p> <p><b>а) Это условия, в которых находится сложная система, когда действие внешних и внутренних факторов не влечет отрицательных действий по отношению к данной системе в соответствии с существующими потребностями и представлениями (1)</b></p> <p><b>б) Это негативное свойство живой и неживой материи, способное причинять ущерб самой материи: людям, природной среде, материальным ценностям (2)</b></p> <p><b>в) Это такая частота реализации опасностей, которая не влияет на экономические показатели предприятия, отрасли экономики или государства (3)</b></p> <p>г) Это наука о комфортном и травмобезопасном взаимодействии человека со средой обитания</p> <p>д) Это совокупность факторов среды обитания, воздействующих на человека</p>
Задания открытой формы	<p><b>№..... Химические вещества, предназначенные для борьбы с грибами – возбудителями болезней, разрушающих древесные конструкции и повреждающих хранящиеся материальные ценности это...?</b></p> <p style="text-align: center;"><b>(правильный ответ)</b></p> <p><b>1) фунгициды</b></p>

### 2.2.2. Критерии и шкала оценки

Оценка тестовых заданий осуществляется по 100 - балльной системе. Стоимость правильного ответа по каждому тесту соответствует количеству тестов в задании, которых должно быть не менее 20. При этом количество вопросов должно исключить дробное оценивание (30, 40 и т.д. вопросов)

- 20 вопросов – 5 баллов за правильный ответ
- 25 вопросов – 4 балла за правильный ответ
- 50 вопросов – 2 балла за правильный ответ

### 2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания

При проведении оценки результатов обучения с помощью тестовых заданий компьютерное тестирование предпочтительно.

Для объективной оценки знания материала после каждого занятия компьютер на основе теории случайных чисел должен менять номера вариантов и перечень вопросов в каждом варианте.

При бланковом тестировании необходимо для каждой группы ординаторов подготавливать новые комплекты тестовых заданий с иным перечнем вопросов, что трудоемко и не всегда выполнимо.

Для прочтения вопроса, его осмысления и подбора правильного ответа выделяется время – не более 30 секунд на вопрос.

### 2.3. Ситуационные задачи

Ситуационная задача – это вид учебного задания, имитирующий ситуации, которые могут возникнуть в реальной действительности.

Основными действиями обучающихся по работе с ситуационной задачей являются:

- подготовка к занятию;
- знакомство с критериями оценки ситуационной задачи;
- уяснение сути задания и выяснение алгоритма решения ситуационной задачи;
- разработка вариантов для принятия решения, выбор критериев решения, оценка и прогноз перебираемых вариантов;
- презентация решения ситуационной задачи (как правило, в устной форме);
- получение оценки и ее осмысление.

#### 2.3.1 Содержание

При составлении ситуационных задач кафедра ориентируется на все возможные типы ситуаций, в которых необходимо принять решение о действии:

1. Ситуация выбора (классическая ситуация реакции выбора, т.е. во всех этих ситуациях человек должен осуществить выбор (селекцию) сигналов, классифицировать их)

Например:

**Условия:**

На сортировочную площадку медицинского отряда из очага массовых санитарных потерь поступил гражданин С. (жалобы, объективные данные)

**Задание:**

1. Провести выборочную сортировку (определить очередность оказания медицинской помощи, функциональное подразделение, куда необходимо направить пострадавшего)
2. Провести эвакотранспортную сортировку (определение очередности эвакуации, метода эвакуации и эвакуационное направление)

2. Сложная ситуация (ситуации, в которых человек должен одновременно учитывать сведения, получаемые более чем от одного источника информации, либо выполнять более чем одно действие)

Например:

**Условия:**

На сортировочную площадку медицинского отряда из очага массовых санитарных

потерь поступило 10 пораженных:

1. Гражданин С. (жалобы, объективные данные)
- 2.....
- .
10. ....

**Задание:**

1. Провести внутриспунктовую сортировку (определить: предварительный диагноз, тяжесть поражения, тактику поведения с этим пораженным, прогноз)
2. Заполнить первичную медицинскую карточку Ф.100

3. Вероятностные ситуации (возникают в тех случаях, когда человек выполняет определенные операции при недостаточном объеме имеющейся в его распоряжении информации)

Например:

**Условия:**

Дан населенный пункт (площадь населенного пункта, количество жителей, количество работающего населения, распределение неработающего и работающего населения на три группы: находящиеся в убежищах, находящиеся в простейших укрытиях, незащищенные). В результате возможного нападения противника дана площадь полных и сильных разрушений.

**Задание:**

С использованием коэффициента разрушения «Д» рассчитать возможные санитарные потери работающего и неработающего населения

### **2.3.2 Критерии и шкала оценок**

При оценке работы обучающихся по решению ситуационных задач решение может оцениваться по логической составляющей (задачи 1 и 2 типа) или по логической и математической составляющей (задачи 3 типа).

В первом случае оценивается полнота и правильность ответа, умения выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи, знание об объекте, понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей.

Во втором случае к вышеперечисленному добавляется математическая составляющая.

Оценка осуществляется по 100-балльной системе.

- При отсутствии логической и математической ошибок, правильном принятии решения – «отлично» (86-100 баллов)
- При незначительных математических ошибках, но при полном, развернутом ответе на поставленный заданием, при котором прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий – «хорошо» (75-85 баллов)
- При логической ошибке, которая не привела к гибели пострадавшего, незначительных математических просчетах, допущении ошибок в раскрытии понятий, употреблении терминов, нарушении логики и последовательности изложения, отсутствии правильных выводов – «удовлетворительно» (56-74 балла)
- При грубых логических ошибках, которые привели к невыполнению задания – «неудовлетворительно» (55 и менее баллов)

### **2.3.3 Методические указания по организации и процедуре оценивания**

Задачи должны быть составлены таким образом, чтобы на каждую группу был свой комплект задач (кейс) с изменяемыми количественными характеристиками и заданиями.

При выставлении оценки преподаватель должен учитывать:

- полноту знания учебного материала по теме занятия;
- логичность изложения материала;
- аргументированность ответа, уровень самостоятельного мышления;
- умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью.

## 2.4. Демонстрация ординаторами владения практическими навыками по итогам изучения

### 2.5.1 Содержание

Обучающиеся в процессе обучения должны овладеть практическими навыками, приведенными в рабочей программе. При демонстрации владения этими навыками учитывается правильность выполнения, четкость, уверенность, очередность проведения мероприятий, а при выполнении навыков, связанных с риском для жизни «пострадавшего» (проведение сердечно-легочной реанимации, временная остановка наружного артериального кровотечения всеми доступными способами и т.п.) – время выполнения.

### 2.5.2 Критерии и шкала оценки

Для объективной оценки работы обучающегося используются чек-листы, позволяющие быстро и правильно оценить действие студента.

Например:

Чек-лист практического навыка «Базовая сердечно-легочная реанимация»

Ф.И.О. ординатора \_\_\_\_\_ Группа \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

№	Действие	1*	0.5**	0***
1	<b>Оценка ситуации</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Оценить безопасность условий оказания помощи (наличие электротока, работающий двигатель автомобиля, опасность взрыва или возгорания, «дорожная» опасность, агрессия со стороны окружающих и т.д.) и по возможности ликвидация опасных факторов или удаление от них;</li> <li>• Оценить анамнез (опрос окружающих)</li> </ul>	5.0	2.5	0
2	<b>Диагностика остановки сердца (10 секунд)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Оценить наличие сознания (задать вопрос);</li> <li>• Оценить наличие дыхания («вижу», «слышу», «ощущаю»);</li> <li>• Определить пульс на наружной сонной артерии или бедренной артерии</li> </ul>	10.0	5.0	0
3	<b>Обеспечение помощи и поддержки</b>	5.0	2.5	0

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вызвать бригаду СМП (МЧС) (набран номер телефона правильно, сообщены возможные причины происшествия, состояние пострадавшего (пациента), место происшествия, фамилия и имя вызывающего;</li> <li>• По возможности – привлечение к оказанию помощи свидетелей (окружающих)</li> </ul>			
4	<b>Подготовка к проведению реанимационных мероприятий</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Уложить пострадавшего (пациента) на спину, на твердую поверхность;</li> <li>• Расстегнуть одежду, ремень;</li> <li>• По возможности – приподнять ноги реанимируемому</li> </ul>	5.0	2.5	0
5	<b>Последовательность реанимационных мероприятий</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Комплекс «массаж-ИВЛ» 30:2;</li> <li>• Без определения пульса проведение 5 комплексов (2 минуты)</li> <li>• Определение пульса (10 секунд)</li> </ul>	20.0	10.0	0
6	<b>Оценка качества закрытого массажа сердца</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Частота компрессий не менее 100 и не более 120 в минуту;</li> <li>• Глубина компрессий – не менее 5 см и не более 6 см;</li> <li>• Точка нажатия: строго по срединной линии в средней трети грудины (или на границе средней и нижней трети грудины);</li> <li>• Руки выпрямлены, строго перпендикулярно поверхности грудной клетки реанимируемого;</li> <li>• Техника манипуляции: не терять контакт между руками и грудной клеткой реанимируемого, давать грудной клетке полностью расправляться, время компрессии и декомпрессии одинаково</li> </ul>	30.0	15.0	0
7	<b>Оценка качества искусственной вентиляции легких</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• По возможности очистка верхних дыхательных путей (удаление инородных тел, рвотных масс, сгустков крови и т.д.);</li> <li>• Выпрямление дыхательных путей (при отсутствии противопоказаний);</li> <li>• Герметизация верхних дыхательных путей;</li> <li>• Продолжительность вентиляции – 1 секунда;</li> <li>• По возможности – контроль экскурсии грудной клетки реанимируемого;</li> <li>• Общая продолжительность 2-х вентиляций не более 5 секунд</li> </ul>	20.0	10.0	0
8	<b>Контроль эффективности реанимационных мероприятий</b>	5.0	2.5	0

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Оценка пульса на наружной сонной или бедренной артерии;</li> <li>• При появлении пульса – оценка ритма сердца, контроль артериального давления;</li> <li>• Организация перевода в отделение реанимации;</li> <li>• Своевременное прекращение реанимационных мероприятий при их безуспешности (осуществляется через 30 минут от начала последнего эпизода остановки сердца если их было несколько)</li> </ul>			
	<b>Итого</b>			

\* выполнил полностью; \*\* выполнил не полностью (с ошибками); \*\*\* не выполнил

### ***2.5.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания***

В отличие от других видов оценочных средств практические навыки должны выполняться ординаторами до получения удовлетворительного результата.

Для оценки действия обучающегося в качестве арбитров целесообразно кроме преподавателя привлекать других обучающихся из этой группы, выполнивших данное мероприятие на «отлично»

### **3. Критерии сдачи ординаторами промежуточной аттестации по дисциплине «Медицина чрезвычайных ситуаций»**

Промежуточная аттестация ординатора проводится после освоения дисциплины «Медицина чрезвычайных ситуаций» в полном объеме в последний день занятия в форме зачета.

Зачет включает два раздела: тестовый контроль и практическую часть (решение ситуационных задач, оценка навыков оказания первой помощи, организация работы сортировочной бригады и проведение медицинской сортировки, организация эвакуации пострадавших). К зачету допускаются обучающиеся, не имеющие пропусков занятий и освоившие учебный материал всех тем занятий..

Варианты компьютерного тестирования включают в себя задание из 50 вопросов, на которые необходимо ответить в течение 30 минут. Для объективной оценки знания материала после каждой группы компьютер на основе теории случайных чисел меняет номера вариантов и перечень вопросов в каждом варианте. Оценка проводится по 100-балльной шкале. За каждый правильный ответ ординатор получает 2 балла.

Практические навыки оцениваются по чек-листам с учетом четкости, уверенности и времени выполнения.

При оценке работы ординатора по решению ситуационных задач оценивается полнота и правильность ответа, умения выделить существенные и несущественные признаки, определить причинно-следственные связи.

Оценка осуществляется по 100-балльной системе.

- При отсутствии логической и математической ошибок, правильном принятии решения – «отлично» (86-100 баллов)
- При незначительных математических ошибках, но при полном, развернутом ответе на поставленный задание, при котором прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий – «хорошо» (75-85 баллов)

- При логической ошибке, которая не привела к гибели пострадавшего, незначительных математических просчетах, допущении ошибок в раскрытии понятий, употреблении терминов, нарушении логики и последовательности изложения, отсутствии правильных выводов – «удовлетворительно» (56-74 балла)
- При грубых логических ошибках, которые привели к невыполнению задания – «неудовлетворительно» (55 и менее баллов)

Оценка рубежного контроля является средней арифметической оценок по каждому разделу зачета. При итоговой оценке 56 баллов и более ординатору выставляется «зачтено». При неудовлетворительной оценке по любому из двух разделов зачета результаты не засчитываются и ординатор должен пересдать зачет в соответствующие дни, определенные деканатом.

## ТЕСТЫ

### для промежуточной аттестации ординаторов по дисциплине «Медицина чрезвычайных ситуаций»

- (УК-3, ПК-3) К безвозвратным потерям не относятся:
  - Умершие в лечебных учреждениях
  - Погибшие в момент возникновения ЧС
  - Умершие до поступления на первый этап медицинской эвакуации
  - Пропавшие без вести
  - Попавшие в плен
- (УК-3, ПК-3) Какой поражающий фактор в чрезвычайных ситуациях не выделяется?
  - Термический
  - Механический
  - Радиационный
  - Химический
  - Инфекционный
- (УК-3, ПК-12) Какого специалиста нет в поисково-спасательном отряде Ивановской области?
  - Кинолога
  - Взрывотехника
  - Врача-специалиста
  - Спасателя
  - Психолога
- (УК-3, ПК-12) ПМГ «Защита» может оказать квалифицированную помощь и провести медицинскую сортировку в сутки:
  - 250 пораженным
  - 400 пораженным
  - 100 пораженным
  - 300 пораженным
  - 500 пораженным
- (УК-3, ПК-3, ПК-12) Для проведения радиационной разведки используется прибор:
  - ПХР-МВ
  - ВПХР
  - УГ-2

Г. ДП-5  
Д. ИД-1

6. (УК-2, УК-3, ПК-3) Всемирная организация здравоохранения и Международный комитет военной медицины и фармации одобрили «Правила медицинской этики для военного времени» и «Правила предоставления помощи раненым и больным в вооружённых конфликтах» в:

- А. 1956 г.
- Б. 1980 г.
- В. 1957 г.
- Г. 1961 г.
- Д. 1977 г.

7. (УК-3, ПК-3) Авиационное событие, не повлекшее за собой гибель членов экипажа и пассажиров, однако приведшее к полному разрушению или тяжелому повреждению воздушного судна называется:

- А. Катастрофой
- Б. Аварией
- В. Происшествием
- Г. Поломкой
- Д. Чрезвычайной ситуацией

8. (УК-3, ПК-3) Соотношение численности погибших и раненых при автомобильных происшествиях и авариях составляет:

- А. 1:7
- Б. 1:8
- В. 1:15
- Г. 1:10
- Д. 1:5

9. (УК-3, ПК-3) Какая форма заболевания при радиационных авариях развивается от кратковременного крайне неравномерного воздействия гамма - излучения

- А. Хроническая лучевая болезнь
- Б. Радиационный ожог кожи
- В. Гипоплазия щитовидной железы
- Г. Острая лучевая болезнь
- Д. Алопеция

10. (УК-3, ПК-7) Ферроцин это:

- А. Антидот при поражении ФОВ
- Б. Адсорбент при попадании в желудок РВ
- В. Радиозащитное средств
- Г. Противорвотное
- Д. Сердечно-сосудистое средство

11. (УК-3, ПК-3) У аварийно-опасных химических веществ выделяют по степени опасности:

- А. 6 классов
- Б. 4 класса
- В. 3 класса
- Г. 5 классов
- Д. 2 класса

12. (УК-3, ПК-3) Вещества обладающие высокой токсичностью и способные при определенных условиях вызывать массовые отравления людей и животных, а также загрязнять окружающую среду называется:
- А. Боевые отравляющие вещества
  - Б. Сильно действующие ядовитые вещества
  - В. Аварийно опасные химические вещества
  - Г. Ядовитые вещества
  - Д. Агрессивные химические вещества
13. (УК-3, ПК-7, ПК-12) Для защиты от отравления угарным газом используют:
- А. Гопкалитовый патрон
  - Б. Регенерирующий патрон
  - В. Респиратор РУ-60
  - Г. Респиратор РПГ-67А
  - Д. Ватно-марлевая повязка, смоченная 2%-ным раствором питьевой соды
14. (УК-3, ПК-3) Какого вида инструктажа нет?
- А. Первичный
  - Б. Внеплановый
  - В. Целевой
  - Г. Вводный
  - Д. Заключительный
15. (УК-2, УК-3, ПК-3) Методические рекомендации по разработке государственных нормативных требований охраны труда введены Министерством труда России в:
- А. 2008 г.
  - Б. 2002 г.
  - В. 1998 г.
  - Г. 1996 г.
  - Д. 2006 г
16. (УК-2, УК-3, ПК-3) Нормативный акт, устанавливающий требования по охране труда при выполнении работ в производственных помещениях, на территории предприятия, на строительных площадках и в иных местах, где производятся эти работы или выполняются служебные обязанности называется:
- А. Правила по охране труда
  - Б. Методические указания по охране труда
  - Б. Инструкция по технике безопасности
  - Г. Методические указания по технике безопасности
  - Д. Инструкция по охране труда
17. (УК-2, УК-3, ПК-3) Для проведения внепланового инструктажа необходим перерыв в работе на объектах с повышенными требованиями безопасности труда в:
- А. 30 суток
  - Б. 45 суток
  - В. 20 суток
  - Г. 14 суток
  - Д. 60 суток
18. (УК-2, УК-3, ПК-3) Обязанности работника по соблюдению правил охраны труда изложены в Трудовом кодексе, в статье:

- А. 196
- Б. 214
- В. 76
- Г. 212
- Д. 192

19. (УК-2, УК-3, ПК-12) Больных с легкой черепно-мозговой травмой следует госпитализировать для наблюдения на срок:

- А. 5-6 суток
- Б. 2-3 суток
- В. 7-10 суток
- Г. 10-14 суток
- Д. Госпитализации не подлежат

20. (УК-2, УК-3, ПК-3) Состояние защищённости жизненно важных интересов личности и общества от аварий на опасных производственных объектах и последствий указанных аварий называется:

- А. Производственная безопасность
- Б. безопасность жизнедеятельности
- В. Промышленная безопасность
- Г. Гигиена труда
- Д. Техника безопасности

21. (УК-3, ПК-3) К основным признакам повреждения бедра не относится:

- А. Боль в бедре или суставах, которая резко усиливается при движениях
- Б. Движения в суставах невозможны или значительно ограничены
- В. При переломах бедра изменена его форма и определяется ненормальная подвижность в месте перелома, бедро укорочено
- Г. Движения в суставах невозможны;
- Д. Судороги мышц бедра

22. (УК-2, УК-3, ПК-7, ПК-12) При поражении соединениями тяжелых металлов и мышьяка в качестве антидота используется:

- А. Уголь активированный
- Б. Атропина сульфат
- В. Натрия гидрокарбонат
- Г. Этиловый спирт
- Д. Унитиол

23. (УК-3, ПК-3) При падении людей на улице чаще всего случаются:

- А. Черепно-мозговые травмы
- Б. Переломы конечностей
- В. Ушибы мягких тканей
- Г. Торакоабдоминальные повреждения

24. (УК-3, ПК-3) Пути поступления, выведения и распространения яда, связанные с кровоснабжением органов и тканей называются:

- А. Пространственный фактор
- Б. Проникающий фактор
- В. Поражающий фактор
- Г. Концентрационный фактор
- Д. Барьерный фактор

25. (УК-3, ПК-3) Перкутанный путь поступления яда в организм – поступление через
- А. Кожу
  - Б. Рот
  - В. Дыхательные пути
  - Г. При инъекциях
  - Д. При укусах
26. (УК-3, ПК-3) В общем количестве отравления бытовые составляют:
- А. Более 50%
  - Б. Более 75%
  - В. Менее 40%
  - Г. Более 40%
  - Д. Более 90%
27. (УК-3, ПК-3) Какую группу химических веществ (органические и неорганические) в зависимости от их практического использования не выделяют?
- А. Промышленные яды
  - Б. Ядохимикаты
  - В. Бытовые химикаты
  - Г. Психотропные
  - Д. Биологические растительные и животные яды
28. (УК-3, ПК-3) К наиболее существенным негативным факторам бытовой среды относится:
- А. Хлорсодержащие препараты
  - Б. Просроченные продукты питания
  - В. Озон
  - Г. Соединения фтора
  - Д. Тяжелые металлы
29. (УК-3, ПК-3) Прессованные плиты, применяемые в конструкциях настила полов, панелей, столов, шкафов и другой мебели выделяют:
- А. Кадмий
  - Б. Формальдегид
  - В. Мышьяк
  - Г. Летучие органические соединения
  - Д. Диоксид серы
30. (УК-3, ПК-3) Производственный фактор, воздействие которого на работающего в определенных условиях приводит к травме или другому резкому ухудшению здоровья называется:
- А. Вредным
  - Б. Негативным
  - В. Опасным
  - Г. Отрицательным
  - Д. Чрезвычайным
31. (УК-3, ПК-3) По происхождению опасности выделяют:
- А. 6 групп
  - Б. 5 групп
  - В. 8 групп

- Г. 10 групп
- Д. 4 группы

32. (УК-3, ПК-3) По характеру воздействия на человека опасности не выделяют:

- А. Механические
- Б. Физические
- В. Химические
- Г. Биологические
- Д. Социальные

33. (УК-3, ПК-3) Какой сферы проявления опасностей нет

- А. бытовая
- Б. Спортивная
- В. Инфекционная
- Г. Дорожно-транспортная
- Д. Производственная

34. (УК-3, ПК-12) При ликвидации аварии в особых условиях, когда ЧС отличаются особой спецификой, а их ликвидация связана с работой в труднодоступной местности, в условиях, сопряженных с повышенным риском для жизни спасателей используется:

- А. Центроспас
- Б. Центр специального назначения
- В. Войска гражданской обороны
- Г. Поисково-спасательные службы
- Д. Сводный мобильный отряд

35. (УК-3, ПК-12) В РСЧС выделяют:

- А. Силы и средства обнаружения
- Б. Силы и средства оповещения
- В. Силы и средства наблюдения и контроля
- Г. Силы и средства эвакуации
- Д. Силы и средства защиты

36. (УК-3, ПК-12) В составе сил и средств МЧС России нет:

- А. Центра специального назначения
- Б. Сводных мобильных отрядов
- В. Поисково-спасательных служб
- Г. Многопрофильных больниц
- Д. Авиации МЧС

37. (УК-3, ПК-3) К опасным и вредным факторам по природе действия не относятся:

- А. Физические
- Б. Эмоциональные
- В. Биологические
- Г. Химические
- Д. Психофизические

38. (УК-3, ПК-3) К физическим негативным факторам относится:

- А. Химическое загрязнение почвы
- Б. Психо-эмоциональное напряжение при выполнении работы
- В. Аварии на очистных сооружениях

- Г. Неустойчивые конструкции и природные образования
- Д. Лекарственные средства, применяемые не по назначению

39. (УК-3, ПК-3) В результате разрушения и разгерметизации систем повышенного давления на человека не действует следующий поражающий фактор:

- А. Загрязнение окружающей среды радиоактивными веществами
- Б. Возгорание зданий, различных материалов и т.п.
- В. Ударная волна
- Г. Загрязнение
- Д. Монотонность и однообразие труда

40. (УК-3, ПК-3) При воздействии на человека переменного тока силой 20-25 мА возможно:

- А. Судороги в руках
- Б. Фибрилляция сердца
- В. Паралич дыхания. Начинаются трепетать желудочки сердца
- Г. Пальцы рук дрожат (сильно)
- Д. Руки парализуются немедленно, оторвать их от электродов не возможно, очень сильные боли

41. (УК-3, ПК-3) При дозе излучения равной 100-200 Р у человека развивается острая лучевая болезнь

- А. Средней степени тяжести
- Б. Тяжелой степени тяжести
- В. Легкой степени тяжести
- Г. Крайне тяжелой степени тяжести
- Д. Острая лучевая болезнь не развивается

42. (УК-3, ПК-3) Травмы, полученные пострадавшими вне производственной деятельности, на улицах, в открытых общественных местах, в поле, в лесу, независимо от вызвавших причин относятся к:

- А. Уличному травматизму
- Б. Производственному травматизму
- В. Непроизводственному травматизму
- Г. Дорожному травматизму
- Д. Пешеходному травматизму

43. (УК-3, ПК-3) Какой вид наказания не предусматривает уголовная ответственность за нарушение требований охраны труда?

- А. Увольнение по соответствующим основаниям
- Б. Штраф
- В. Лишение права занимать определённые должности и заниматься определённой деятельностью
- Г. Лишение свободы на определённый срок
- Д. Исправительные работы

44. (УК-3, ПК-3) Правила аттестации рабочих мест отражены в следующем документе

- А. Постановление Правительства РФ
- Б. Указом Президента
- В. Ведомственным документом – приказом Министерства здравоохранения и социального развития
- Г. Ведомственным документом - постановление Минтруда РФ

Д. Федеральным законом

45. (УК-3, ПК-12) При групповом несчастном случае, тяжёлом несчастном случае, несчастном случае со смертельным исходом работодатель (его представитель) не направляет сообщение в:

- А. Прокуратуру по месту происшествия несчастного случая
- Б. Департамент здравоохранения субъекта Российской Федерации
- В. Страховщику по вопросам обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний
- Г. Территориальные объединения организации профсоюзов
- Д. Государственную инспекцию труда

46. (УК-3, ПК-3) По техническим последствиям выделяют следующий тип радиационных аварий:

- А. Объектовая авария
- Б. Проектная авария
- В. Локальная авария
- Г. Региональная авария
- Д. Отсроченная авария

47. (УК-3, ПК-3) Какое группу ОВ не выделяют по клиническим признакам интоксикации и механизму действия (клинико-физиологическая или токсикологическая классификация) среди АОХВ:

- А. Вещества с преимущественно удушающим действием
- Б. Вещества преимущественно общеядовитого действия
- В. Вещества преимущественно нефротоксического действия
- Г. Вещества нервно-паралитического действия
- Д. Метаболические яды

48. (УК-3, ПК-3) Территория, на которую распространилось токсичное вещество во время химической аварии называется:

- А. Зона поражения
- Б. Опасная зона
- В. Зона загрязнения
- Г. Химически опасная зона
- Д. Зона химического поражения

49. (УК-2, УК-3, ПК-12) После купированных симптомов первичной реакции могут быть оставлены на амбулаторном лечении пораженные, получившие облучение в дозе:

- А. До 0.5 Гр
- Б. До 1 Гр
- В. До 2 Гр
- Г. До 3 Гр
- Д. До 4 Гр

50. (УК-3, ПК-3) При дорожно-транспортных происшествиях большинство травм это:

- А. Переломы костей нижних конечностей
- Б. Сочетанные черепно-мозговые травмы
- В. Торакальные повреждения
- Г. Травмы живота и таза
- Д. Переломы костей верхних конечностей

## Вопросы к собеседованию на промежуточную аттестацию

1. Классификация чрезвычайных ситуаций по источнику, по масштабу распространения. Медико-тактическая характеристика чрезвычайных ситуаций (УК-3, ПК-3)
2. Поражающие факторы чрезвычайных ситуаций. Структура санитарных потерь. Классификация санитарных потерь по тяжести, локализации поражения, по поражающим факторам (УК-3, ПК-3)
3. Силы и средства РСЧС. Их краткая характеристика. Задачи сил и средств РСЧС (УК-3, ПК-12)
4. Силы и средства наблюдения и контроля. Их краткая характеристика. Силы и средства ликвидации ЧС. Их краткая характеристика (УК-3, ПК-12)
5. Центроспас. Его краткая характеристика. Основные задачи Минздрава России в сфере ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций (УК-3, ПК-12)
6. ППС России. Их краткая характеристика. Поисково-спасательный отряд Ивановской области. Его краткая характеристика и возможности (УК-3, ПК-12)
7. Классификации ядов по принципу их действия. Классификация ядов в зависимости от пути поступления в организм. Этиология острых отравлений (УК-3, ПК-3)
8. Патогенез отравления. Токсикогенный эффект. Его характеристика (ПК-3, ПК-12). Факторы, влияющие на распределение яда в организме. Их краткая характеристика (УК-3, ПК-3)
9. Черепно-мозговая травма. Ее краткая характеристика. Классификация ЧМТ по тяжести поражения (УК-3, ПК-3)
10. Что такое «Охрана труда»? Какие элементы входят в понятие «Охрана труда»? Организация охраны труда в России. Требования, предъявляемые к охране труда (УК-3, ПК-3)
11. Виды инструкций и их содержание. Организация работы с персоналом по охране труда (УК-3, ПК-3)
12. Организация аттестации рабочих мест по охране труда. Виды инструктажа по технике безопасности (УК-3, ПК-3)
13. Что такое «несчастные случаи на производстве»? Их виды. Производственный травматизм и его профилактика (УК-3, ПК-3)
14. Классификация АОВВ по физическим признакам и по степени опасности (УК-3, ПК-3)
15. Характеристика классов опасности аварийно-опасных химических веществ. Классификация химических аварий по отдельным признакам. Виды очага химического поражения (УК-3, ПК-3)
16. Факторы радиационного воздействия на население. Классы радиационных аварий. Временные фазы радиационных аварий (УК-3, ПК-3)
17. Характеристика чрезвычайных ситуаций взрыво- и пожароопасного характера (УК-3, ПК-3)
18. Основы организации медико-санитарного обеспечения при ликвидации последствий землетрясений (УК-3, ПК-12)
19. Основы организации медико-санитарного обеспечения при ликвидации последствий наводнения (УК-3, ПК-12)
20. Основы организации медико-санитарного обеспечения при ликвидации последствий лесных и торфяных пожаров (УК-3, ПК-12)
21. Основы организации медико-санитарного обеспечения при ликвидации последствий природных катастроф (УК-3, ПК-12)

22. Определение «терроризм». «Террористическая деятельность», «Международная террористическая деятельность», «Террористическая акция», «Террорист», «Террористическая группа», «Террористическая организация», «Борьба с терроризмом», «Контртеррористическая операция», Зона проведения контртеррористической операции». Классификация проявлений терроризма. Характеристика террористических актов (УК-3)
23. Признаки применения террористами ОХВ (ОВ). Мероприятия по ликвидации медико - санитарных последствий террористических актов с применением ОВ (УК-3, ПК-3)
24. Характеристика террористических актов с применением РВ и БС (УК-3, ПК-3)
25. Медицинские силы и средства ГО, предназначенные для обеспечения населения в вооруженных конфликтах. (УК-3, ПК-12)
26. Принципы использования медицинских сил и средств ВСМК и ГО в вооруженных конфликтах. Медицинские мероприятия при обеспечении пострадавшего населения. (УК-3, ПК-12)
27. Правовая основа соблюдения прав и обязанностей медицинского персонала в вооружённых конфликтах. Обязанности медицинского персонала в вооруженных конфликтах. Права медицинского персонала в вооруженных конфликтах. (УК-2, УК-3, ПК-12)
28. Характеристика транспортных и дорожно-транспортных чрезвычайных ситуаций. Какие виды ДТП есть? Какую категорию пострадавших надо отнести к погибшим в ДТП и раненым в ДТП? Травмогенез пострадавших при ДТП (УК-3, ПК-3)
29. Основные причины смерти при ДТП. Ответственность за неоказание необходимой медицинской помощи. Три этапа оказания медицинской помощи пострадавшим в ДТП (УК-3, ПК-3)
30. Организация обеспечения безопасности на месте ДТП. Способы извлечения пострадавшего из транспортного средства. Определение состояния пострадавшего (УК-3, ПК-12)

### **ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ для промежуточной аттестации**

1. Оценить уровень загрязнения местности радиоактивными веществами с использованием рентгенометра-радиометра ДП-5 (УК-3, ПК-7)
2. Провести диагностику острой лучевой болезни по показаниям индивидуального дозиметра ИД-1 (УК-3, ПК-7)
3. Провести расчет санитарных потерь при применении противником обычных средств поражения и высокоточного оружия по коэффициенту разрушения «Д» (УК-3, ПК-7)
4. Провести частичную дегазацию с использованием индивидуального противохимического пакета (УК-3, ПК-7)
5. Заполнить документ учетной документации (первичная медицинская карточка Ф.100) (УК-3, ПК-7)
6. Извлечь пораженных из-под завалов с помощью лямки медицинской и лямки медицинской специальной Ш-4, в т.ч. и при наличии синдрома длительного сдавления (УК-3, ПК-7)
7. Извлечь пострадавшего из поврежденной машины при ДТП. (УК-3, ПК-7)
8. Придать пострадавшему стабильное положение (УК-3, ПК-7)
9. Оценить тяжесть ЧМТ по шкале комы Глазго (УК-3, ПК-7)

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Ивановская государственная медицинская академия»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Институт последипломного образования**

**Приложение 1  
к рабочей программе дисциплины  
Общественное здоровье и  
здравоохранение**

**Оценочные средства и методические материалы  
для проведения промежуточной аттестации по дисциплине  
Общественное здоровье и здравоохранение**

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Направление подготовки: ***31.08.21 Психиатрия-наркология***

Квалификация выпускника: **врач – психиатр-нарколог**

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б1.Б.3

## 1. Паспорт ОС по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение»

### 1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
<i>УК-2</i>	готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	1 год обучения
<i>УК-3</i>	готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения	1 год обучения
<i>ПК-1</i>	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	1 год обучения
<i>ПК-4</i>	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	1 год обучения
<i>ПК-5</i>	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	1 год обучения
<i>ПК-10</i>	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	1 год обучения
<i>ПК-11</i>	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	1 год обучения

### 1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
1.	УК-2	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- основные принципы управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- осуществлять профессиональную деятельность в соответствии с актуальными положениями законов Российской Федерации, подзаконных нормативных актов, нормативно-методической литературы, регулирующих правоотношения в сфере охраны здоровья и оказание медицинской помощи по специальности</li> </ul>	<p><i>Комплекты:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>тестовых заданий</i></li> <li>2. <i>практик ориентированных задач</i></li> </ol>	<p><i>Зачет</i></p> <p><i>1 или 2 семестры (в соответствии и с годовым расписанием)</i></p>
2.	УК-3	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- основные тенденции в состоянии здоровья населения России, факторы, определяющие общественное здоровье, концепцию факторов риска;</li> <li>- основные социально-гигиенические методики сбора и анализа информации о показателях общественного здоровья ;</li> <li>- группы показателей общественного здоровья, используемые при проведении медико-статистического анализа;</li> <li>- систему и основные принципы организации здравоохранения;</li> <li>- основные принципы управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях;</li> <li>- современную систему контроля качества медицинской помощи, функции врача-специалиста в обеспечении и оценке качества медицинской помощи в сфере внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- анализировать основные тенденции в состоянии здоровья населения России, факторы, определяющие общественное здоровье, применять концепцию факторов риска здоровья в практической деятельности;</li> <li>- рассчитывать и анализировать показатели заболеваемости, выявлять тенденции и структуру; проводить анализ тенденций первичной заболеваемости и распространенности заболеваний с целью понимания роли различных факторов;</li> <li>- использовать учетные и отчетные формы медицинской документации для проведения медико-статистического анализа и контроля качества медицинской помощи;</li> <li>- применять в практической деятельности основные принципы охраны здоровья и работать в современной системе организации здравоохранения, грамотно применять порядки медицинской помощи, стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации по специальности;</li> <li>- осуществлять профессиональную деятельность в</li> </ul>	<p><i>Комплекты:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>тестовых заданий</i></li> <li>2. <i>практик ориентированных задач</i></li> </ol>	<p><i>Зачет</i></p> <p><i>1 или 2 семестры (в соответствии и с годовым расписанием)</i></p>

		<p>соответствии с актуальными положениями законов Российской Федерации, подзаконных нормативных актов, нормативно-методической литературы, регулирующих правоотношения в сфере охраны здоровья и оказание медицинской помощи по специальности;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- применять критерии качества медицинской помощи и использовать их в своей практической деятельности;</li> <li>участвовать в оценке качества медицинской помощи;</li> </ul> <p><b>Владеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- методиками расчета и анализа основных показателей общественного здоровья;</li> <li>- методиками расчета и анализа показателей заболеваемости с учетом специальности;</li> <li>- анализом особенностей организации медицинской помощи с учетом специальности;</li> <li>- современными критериями оценки качества медицинской помощи</li> </ul>		
3.	<i>ПК-1</i>	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- основные принципы формирования здорового образа жизни</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- выявлять вредные факторы, влияющие на здоровье человека</li> </ul>		
4.	<i>ПК-4</i>	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- основные социально-гигиенические методики сбора и анализа информации о показателях общественного здоровья;</li> <li>- группы показателей общественного здоровья, используемые при проведении медико-статистического анализа</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- анализировать основные тенденции в состоянии здоровья населения России, факторы, определяющие общественное здоровье;</li> <li>- рассчитывать и анализировать показатели заболеваемости, выявлять тенденции и структуру; проводить анализ тенденций первичной заболеваемости и распространенности заболеваний с целью понимания роли различных факторов;</li> <li>- использовать учетные и отчетные формы медицинской документации для проведения медико-статистического анализа и контроля качества медицинской помощи</li> </ul> <p><b>Владеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- методиками расчета и анализа основных показателей общественного здоровья;</li> <li>- методиками расчета и анализа показателей заболеваемости с учетом специальности.</li> </ul>		
5.	<i>ПК-5</i>	<p><b>Знает:</b> структуру Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p>		
6.	<i>ПК-10</i>	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- систему и основные принципы организации здравоохранения;</li> <li>- основные принципы управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p>		

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- применять в практической деятельности основные принципы охраны здоровья и работать в современной системе организации здравоохранения, грамотно применять порядки медицинской помощи, стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации по специальности;</li> <li>- осуществлять профессиональную деятельность в соответствии с актуальными положениями законов Российской Федерации, подзаконных нормативных актов, нормативно-методической литературы, регулирующих правоотношения в сфере охраны здоровья и оказание медицинской помощи по специальности</li> </ul> <p><b>Владеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- анализом особенностей организации медицинской помощи с учетом специальности</li> </ul>		
7.	ПК-11	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- современную систему контроля качества медицинской помощи, функции врача-специалиста в обеспечении и оценке качества медицинской помощи в сфере внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- использовать учетные и отчетные формы медицинской документации для проведения медико-статистического анализа и контроля качества медицинской помощи;</li> <li>- применять в практической деятельности основные принципы охраны здоровья и работать в современной системе организации здравоохранения, грамотно применять порядки медицинской помощи, стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации по специальности;</li> <li>- осуществлять профессиональную деятельность в соответствии с актуальными положениями законов Российской Федерации, подзаконных нормативных актов, нормативно-методической литературы, регулирующих правоотношения в сфере охраны здоровья и оказание медицинской помощи по специальности;</li> <li>- применять критерии качества медицинской помощи и использовать их в своей практической деятельности; участвовать в оценке качества медицинской помощи</li> </ul> <p><b>Владеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- современными методиками оценки качества медицинской помощи</li> </ul>		

## 2. Оценочные средства

### 2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий

#### 2.1.1. Содержание

**Вариант тестовых заданий с инструкцией по выполнению для ординаторов, эталонами ответов и оценочными рубриками для каждого задания:**

#### **Блок 1. Общественное здоровье (УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-4)**

Выберите один правильный ответ

*Основными группами показателей общественного здоровья являются:*

1. только показатели заболеваемости и инвалидности;

2. только демографические показатели;
3. только демографические показатели, показатели заболеваемости и инвалидности;
4. демографические показатели, показатели заболеваемости, инвалидности и физического развития;
5. демографические показатели, показатели заболеваемости, инвалидности, физического развития, обращаемости за медицинской помощью.

*Основными источниками информации о здоровье населения являются:*

1. официальные статистические материалы о смертности и рождаемости;
2. данные страховых компаний;
3. данные анонимного опроса населения;
4. данные мониторинга посещений населением медицинских организаций по поводу заболеваний и травм;
5. все вышеперечисленное.

*Показатель общей заболеваемости характеризует:*

1. удельный вес того или иного заболевания среди населения;
2. степень изменения уровня заболеваемости во времени;
3. исчерпанная заболеваемость населения;
4. распространенность заболеваний среди населения;
5. распространенность социально значимых заболеваний.

*Убедительность рекомендаций о целесообразности использования медицинских технологий относится к категории А, если они подтверждены результатами:*

1. крупных рандомизированных исследований с однозначными результатами и минимальной вероятностью ошибки;
2. небольших рандомизированных исследований с противоречивыми результатами и средней вероятностью ошибки;
3. нерандомизированных проспективных контролируемых исследований;
4. нерандомизированных ретроспективных контролируемых исследований; неконтролируемых исследований.

*Основное различие между аналитическим и экспериментальным исследованием заключается в том, что в эксперименте:*

1. контрольная и основная группа одинаковы по численности единиц наблюдения;
2. используется проспективное, а не ретроспективное наблюдение;
3. контрольная и основная группа подбираются методом “копи - пар”;
4. исследователь определяет, кто будет подвергаться воздействию этиологического фактора, а кто нет;
5. обязательно используется контрольная группа для сравнения.

Блок 2. Организация здравоохранения (УК-2, УК-3, ПК-10)

Выберите один правильный ответ

*Порядки и стандарты оказания медицинской помощи гражданам Российской Федерации разрабатываются и утверждаются на уровне:*

1. федеральном;
2. региональном;
3. областном;
4. муниципальном;
5. медицинской организации.

*Медицинская помощь в экстренной форме оказывается безотлагательно и безвозмездно:*

1. в любой медицинской организацией независимо от организационно-правовой формы;
2. только государственными учреждениями здравоохранения;
3. только медицинскими организациями, имеющими соответствующую лицензию;
4. только специализированными медицинскими организациями;
5. медицинскими организациями, оказывающими скорую медицинскую помощь.

*Отказ от медицинского вмешательства в соответствии с законом:*

1. может быть принят в устной форме;
2. должен быть оформлен записью врача с визой заведующего отделением;
3. должен быть оформлен записью в медицинской документации, подписан врачом и пациентом;
4. законом оформление отказа не регламентировано;
5. законом отказ от медицинского вмешательства не допускается.

*Нормативным документом, определяющим правовой статус лечащего врача, является:*

1. коллективный договор, заключенный между работодателем и коллективом работников медицинской организации;
2. правила внутреннего трудового распорядка медицинской организации;
3. Трудовой кодекс Российской Федерации;
4. Федеральный закон №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ";
5. Федеральный закон №326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании".

*Территориальная программа государственных гарантий устанавливает:*

1. объем медицинской помощи в расчете на одного жителя, стоимость объема медицинской помощи с учетом условий ее оказания, подушевой норматив финансирования;
2. оценка эффективности использования государственных средств, выделенных на закупку отдельных видов медицинского оборудования;
3. порядок независимой оценки качества медицинской помощи, оказанной за счет средств ОМС;
4. оценку эффективности использования медицинского оборудования, используемого при оказании медицинских услуг в системе ОМС;
5. все вышеперечисленное.

*Лица, имеющие медицинское образование, не работавшие по своей специальности более пяти лет:*

1. не допускаются к осуществлению медицинской деятельности;
2. могут быть допущены к осуществлению медицинской деятельности после прохождения обучения по дополнительным профессиональным программам (повышение квалификации, профессиональная переподготовка);
3. могут быть допущены к осуществлению медицинской деятельности после прохождения обучения по дополнительным профессиональным программам (повышение квалификации, профессиональная переподготовка) и прохождения аккредитации специалиста;
4. могут осуществлять медицинскую деятельность без каких-либо дополнительных условий;
5. законодательством данная ситуация не урегулирована.

*Понятие «качество медицинской помощи» включает в себя следующие характеристики:*

1. только своевременность оказания медицинской помощи;
2. только правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации;
3. только степень достижения запланированного результата;
4. своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата;

5. своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата, рациональное использование финансовых и материальных средств.

*Целевые значения критериев доступности медицинской помощи установлены:*

1. Федеральным законом №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
2. Федеральным законом №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
3. Приказом Федерального фонда ОМС;
4. Приказом Территориального фонда ОМС;
5. Территориальной программой государственных гарантий.

*Какой из нижеперечисленных критериев качества медицинской помощи, установленных Программой государственных гарантий, указан ошибочно:*

1. удовлетворенность населения медицинской помощью, в том числе городского и сельского населения (процентов числа опрошенных);
2. смертность населения в трудоспособном возрасте (число умерших в трудоспособном возрасте на 100 тыс. человек населения);
3. материнская смертность (на 100 тыс. человек, родившихся живыми);
4. младенческая смертность, в том числе в городской и сельской местности (на 1000 человек, родившихся живыми);
5. доля охвата профилактическими медицинскими осмотрами детей, в том числе городских и сельских жителей.

*Контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется в следующих формах:*

1. только государственный контроль;
2. только государственный и ведомственный контроль;
3. государственный, ведомственный и внутренний контроль;
4. государственный, ведомственный, внутренний и судебный контроль;
5. государственный, ведомственный, внутренний и личный контроль.

*Система внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности функционирует:*

1. на территории Российской Федерации;
2. на территории субъекта Российской Федерации;
3. только в медицинских организациях государственной системы здравоохранения;
4. только в медицинских организациях частной системы здравоохранения;
5. в любых медицинских организациях всех форм собственности и ведомственной подчиненности.

*В случае выявления нарушения при оказании медицинской помощи в ходе экспертизы качества медицинской помощи, осуществляемой экспертами страховых медицинских организаций:*

1. штрафуются главный врач медицинской организации;
2. штрафуются лечащий врач, допустивший выявленные нарушения;
3. предъявляются финансовые санкции к медицинской организации;
4. экспертами страховых организаций выносится решение о привлечении к дисциплинарной ответственности главного врача;
5. экспертами страховых организаций выносится решение о привлечении к дисциплинарной ответственности лечащего врача.

### 2.1.2. Критерии и шкала оценки

Отметка «зачтено» на этапе тестирования выставляется, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. При доле правильных ответов менее 71% ординатор на следующий этап зачета не допускается.

### 2.1.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания:

Компьютерный тест проводится на заключительном занятии цикла. Имеются 2 варианта тестов по 50 вопросов. Продолжительность тестирования – 60 минут. На каждый вопрос необходимо дать один правильный ответ. Тестовый контроль считается успешно пройденным, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. В случае не сдачи зачета ординатор должен пересдать тест до достижения результата не менее 71% правильных ответов. График отработок теста вывешивается на кафедре заранее.

## 2.2. Оценочное средство: комплект практико-ориентированных задач.

### 2.2.1. Содержание

**Примеры практико-ориентированных заданий для оценки практических навыков с инструкцией по выполнению для студентов и оценочными рубриками для каждого задания:**

#### Блок 1. Общественное здоровье (ПК-1, ПК-4)

##### Практико-ориентированное задание № 1

При анализе заболеваемости с временной утратой трудоспособности в г. N в 2017-м году были получены следующие данные:

1. Болезни системы кровообращения	-	8,5%
2. Болезни органов дыхания	-	38,3%
3. Болезни органов пищеварения	-	6,3%
4. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	-	13,2%
5. Травмы и отравления	-	11,0%
6. Прочие	-	22,7%
Все причины	-	100,0%

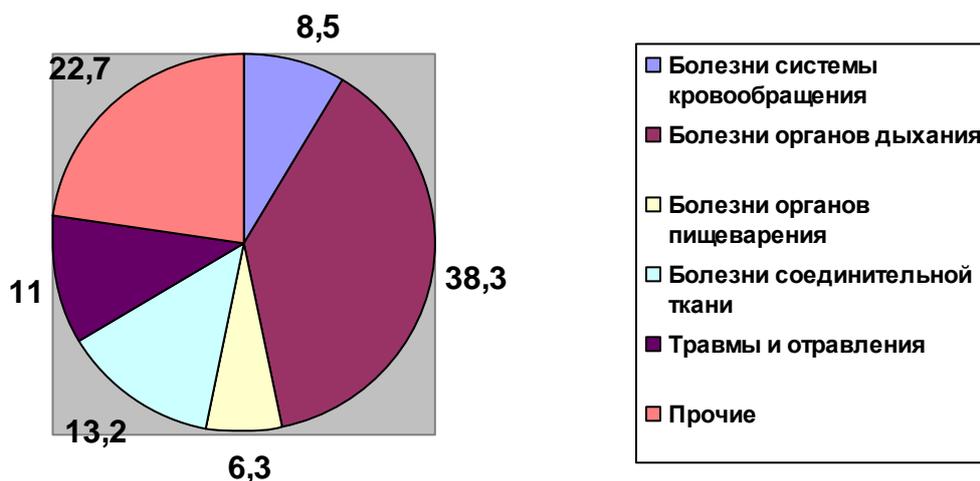
К какой группе показателей относятся указанные данные? Представленные данные проиллюстрируйте графическим изображением и дайте их анализ.

##### Эталон ответа

Представленные данные относятся к группе экстенсивных показателей. Эти показатели отражают структуру явления, удельный вес части явления в целом. Графически могут быть проиллюстрированы следующим образом:

Рисунок 1.

Структура заболеваемости с временной утратой трудоспособности  
в городе N в 2017-м году (в %).



При оформлении диаграммы должны быть соблюдены следующие правила:

1. Для иллюстрации данных необходимо выбрать секторную диаграмму.
2. Рисунок должен иметь номер.
3. Рисунок должен иметь название, в котором отражаются суть представленных данных, место и время. В конце названия в скобках указываются единицы измерения.
4. Данные представляются в масштабе и должны иметь цифровые обозначения.
5. Секторы диаграммы должны иметь различную штриховку. Рядом с диаграммой размещается легенда (условные обозначения).

### Практико-ориентированное задание № 2

Составьте макет комбинационной таблицы, которая отражает структуру нарушений различных прав пациента в медицинских учреждениях города N в 2017-м г., а также особенности этой структуры в учреждениях различного вида (амбулаторно-поликлинических и стационарных) и формы собственности (государственных, муниципальных, частных).

#### Эталон ответа

Комбинационная таблица позволяет проводить углубленный анализ полученных статистических данных. В ней каждому статистическому подлежащему соответствует два или более статистических сказуемых, связанных друг с другом. Макет таблицы может выглядеть следующим образом:

Таблица 1.

Структура нарушений различных прав пациента в медицинских учреждениях города N в 2017-м году (в %).

№ п/п	Наименование прав пациента	Амбулаторно-поликлинические орг.			Стационары		
		Государств. областные	Государств. федеральн.	Частные	Государств. областные	Государств. федеральн.	Частные
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Право на выбор врача						
2.	Право на отказ от медицинского вмешательства						
3.	Право на информацию о состоянии здоровья						
4.	Прочие права пациента						
Всех нарушений:		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

При оформлении таблицы должны быть соблюдены следующие правила:

1. Таблица должна иметь номер.
2. Таблица должна иметь название, в котором отражается суть представленных данных, а также пространственные и временные характеристики объекта исследования. В конце названия в скобках указываются единицы измерения.
3. Макет таблицы должен быть замкнутый.
4. Строки и графы в таблице должны быть пронумерованы.
5. Должны выделяться итоговые строки и графы. Для их обозначения, по возможности, следует избегать малоинформативных названий «Всего» и «Итого».

### Практико-ориентированное задание № 3

Рассчитайте показатели структуры и уровней заболеваемости по данным обращаемости в медицинские учреждения населения города А (численность населения 20 тысяч человек) и города В (численность населения 200 тысяч человек) в 2017 г., используя следующие данные:

Класс заболеваний	Абсолютное число обращений (город А)	Абсолютное число обращений (город В)
1. Болезни органов кровообращения	3 000	32 000
2. Болезни органов дыхания	4 000	64 000
3. Болезни органов пищеварения	1 000	24 000
4. Прочие	2 000	40 000
Всех обращений:	10 000	160 000

Используя полученные данные, укажите, в каком городе более распространены болезни сердечно-сосудистой системы?

#### Эталон ответа

При расчете показателей структуры заболеваемости (экстенсивных показателей) слушатели принимают за 100% общее количество обращений за медицинской помощью, и решают пропорцию определяют долю обращений по каждому из классов заболеваний.

Для определения уровней заболеваемости (интенсивных показателей) слушатели соотносят общее количество обращений, а также обращений по каждому классу заболеваний с численностью населения соответствующего города, а затем проводят перерасчет на 1000 населения.

В итоге слушателем должны быть получены следующие результаты:

Класс заболеваний	Город А		Город В	
	Структура заболеваемости (в %)	Уровни заболеваемости (в ‰)	Структура заболеваемости (в %)	Уровни заболеваемости (в ‰)
1. Болезни органов кровообращения	30	150	20	160
2. Болезни органов дыхания	40	200	40	320
3. Болезни органов пищеварения	10	50	15	120
4. Прочие	20	100	25	200
Всего:	100	500	100	800

Болезни органов кровообращения более распространены в городе В (160 на 1000 населения против 150 на 1000 населения в городе А). Суждение о большей распространенности болезней органов кровообращения в городе А (на основании сравнения соответствующих долей в структуре заболеваемости по обращаемости) будет являться ошибкой.

## **Блок 2. Организация здравоохранения (ПК-5, ПК-10, ПК-11)**

### **Практико-ориентированное задание № 1**

Врач-стоматолог В. осуществлял частный прием пациентов на основании имеющегося у него сертификата специалиста и лицензии на соответствующий вид медицинской деятельности. Кроме него в кабинете осуществлял прием, осмотр, назначал лечение его сын, студент 4-го курса медицинского вуза. Однако, на основании проверки по поводу поступившей жалобы одного из пациентов, лечившегося у студента, на его непрофессионализм, решением лицензионной комиссии лицензия была аннулирована.

Укажите порядок аннулирования лицензии на осуществление медицинской деятельности. Оцените данную ситуацию с учетом требований, предъявляемых к лицензированию медицинской деятельности.

#### **Эталон ответа**

В соответствии с Федеральным законом Российской Федерации «О лицензировании отдельных видов деятельности» лицензирующие органы осуществляют плановые и внеплановые проверки соблюдения лицензионных требований и условий. Поводом для внеплановой проверки может быть жалоба (обращение) пациента. В данной ситуации медицинскую помощь осуществляло лицо (студент 4-го курса), не имеющий право на её осуществление (отсутствует диплом врача и сертификат по специальности «урология»). Данное нарушение в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации «О лицензировании медицинской деятельности...» является грубым нарушением лицензионных требований и условий, за которое предусмотрена административная ответственность по ст.14.1 КоАП РФ, в том числе, приостановление действия лицензии. При выявлении грубых нарушений лицензионных требований и условий лицензирующие органы выдают предписание об устранении нарушений в определенный срок, а также вправе составить протокол об административном правонарушении, который передается в течение 3-х суток в суд для вынесения решения. В любом случае вопрос об аннулировании лицензии принимается судом, а не лицензирующим органом.

### **Практико-ориентированное задание № 2**

Преподаватель медицинского вуза, входящий в реестр внештатных экспертов территориального фонда обязательного медицинского страхования, обратился к заведующему отделением с просьбой предоставить необходимую документацию для проведения углубленной экспертизы случая оказания медицинской помощи по просьбе родственников пациента. Администрация данного медицинского учреждения отказала в предоставлении медицинской документации.

Правомерны ли действия администрации медицинского учреждения?

#### **Эталон ответа**

В данной ситуации, прежде всего, необходимо установить полномочия родственников представлять интересы пациента. Если пациент старше 15 лет и является дееспособным, то все юридически значимые действия в отношении оказанной ему медицинской помощи совершаются им лично. В соответствии со статьей 13 Федерального закона Российской Федерации №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека, за исключением случаев, установленных частями 3 и 4 указанной статьи. Так, в соответствии с частью 3 указанной статьи допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам с письменного согласия пациента. В соответствии с частью 4 указанной статьи допускается

разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в целях осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с Федеральным законом №323-ФЗ.

Таким образом, родственники пациента могут представлять его интересы, в том числе запрашивать информацию по медицинской документации, при наличии письменного согласия или доверенности со стороны пациента.

Одним из прав пациента является его право на ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации, а также на получение на основании такой документации консультации у других специалистов (ч.4 ст.22 ФЗ №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»). В соответствии с ч.5 ст.22 ФЗ №323-ФЗ пациент либо его законный представитель имеет право на основании письменного заявления получать отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки из медицинских документов.

Таким образом, для получения консультации (в том числе по качеству оказанной помощи) пациент либо его представители по доверенности должны обратиться с письменным заявлением к администрации медицинской организации о предоставлении им медицинской документации (копий и выписок).

Кроме того, действующее законодательство предусматривает проведение экспертизы качества медицинской помощи внештатным экспертом в рамках обязательного медицинского страхования. Поводом для внеплановой проверки может служить, в том числе, жалоба застрахованного. В этом случае страховой медицинской организацией назначается эксперт из реестра, запрашиваются медицинские документы для проведения указанным экспертом экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП). Результаты ЭКМП в этом случае по просьбе застрахованного могут быть доведены до его сведения.

Таким образом, действия администрации правомерны. Пациент или его родственники (при наличии письменной доверенности) вправе лично обратиться с письменным заявлением к администрации медицинской организации о предоставлении медицинской документации (копий, выписок) и затем получить по ней необходимую ему (им) консультацию. Второй вариант – пациенту или его родственникам (при наличии доверенности) обратиться с жалобой в свою страховую медицинскую организацию для назначения внеплановой экспертизы качества медицинской помощи и дальнейшего ознакомления с её результатами. В этом случае эксперта назначает страховая компания, поручение экспертизы конкретному эксперту по требованию застрахованного законодательством не предусмотрено.

## 2.2.2. Критерии и шкала оценки

Компетенция	Высокий уровень (10-7)	Средний уровень (6-4)	Низкий уровень (3-1)	0 баллов
ПК-1, ПК-4	<u>Умеет</u> Самостоятельно и без <u>ошибок</u> анализировать основные тенденции в состоянии здоровья населения, рассчитывать и анализировать показатели заболеваемости, выявлять основные тенденции первичной заболеваемости и распространенности заболеваний, оценивать роль различных факторов в их развитии	<u>Умеет</u> Самостоятельно анализировать основные тенденции в состоянии здоровья населения, рассчитывать и анализировать показатели заболеваемости, выявлять основные тенденции первичной заболеваемости и распространенности заболеваний, оценивать роль различных факторов в их развитии, <u>но совершает</u>	<u>Умеет</u> анализировать <u>под руководством преподавателя</u> основные тенденции в состоянии здоровья населения, рассчитывать и анализировать показатели заболеваемости, выявлять основные тенденции первичной заболеваемости и распространенности заболеваний, оценивать роль различных факторов в их развитии	<u>Не умеет</u> анализировать основные тенденции в состоянии здоровья населения, рассчитывать и анализировать показатели заболеваемости, выявлять основные тенденции первичной заболеваемости и распространенности

	<p><b><u>Владеет</u></b> уверенно, правильно и самостоятельно методиками расчета и анализа основных показателей общественного здоровья; методиками расчета и анализа показателей заболеваемости с учетом специальности.</p>	<p><u>отдельные ошибки</u></p> <p><b><u>Владеет</u></b> методиками расчета и анализа основных показателей общественного здоровья; методиками расчета и анализа показателей заболеваемости с учетом специальности, <u>но совершает отдельные ошибки</u></p>	<p><b><u>Владеет</u></b> методиками расчета и анализа основных показателей общественного здоровья; методиками расчета и анализа показателей заболеваемости с учетом специальности, <u>но применяет их с помощью преподавателя</u></p>	<p>заболеваний, оценивать роль различных факторов в их развитии</p> <p><b><u>Не владеет</u></b> методиками расчета и анализа основных показателей общественного здоровья; методиками расчета и анализа показателей заболеваемости с учетом специальности</p>
ПК-10	<p><b><u>Умеет</u></b> самостоятельно и без <u>ошибок</u> применять основные принципы охраны здоровья, порядки медицинской помощи, стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации по специальности</p> <p><b><u>Владеет</u></b> уверенно, правильно и самостоятельно осуществляет поиск и правильное применение нормативно-правовых актов</p>	<p><b><u>Умеет</u></b> самостоятельно применять основные принципы охраны здоровья, порядки медицинской помощи, стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации по специальности, <u>но совершает отдельные ошибки</u></p> <p><b><u>Владеет</u></b> навыками поиска и правильного применения нормативно-правовых актов, <u>но совершает отдельные ошибки</u></p>	<p><b><u>Умеет</u></b> под руководством <u>преподавателя</u> применять основные принципы охраны здоровья, порядки медицинской помощи, стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации по специальности</p> <p><b><u>Владеет</u></b> навыками поиска нормативно-правовых актов, правильно применяет <u>с помощью преподавателя</u></p>	<p><b><u>Не умеет</u></b> применять основные принципы охраны здоровья, порядки медицинской помощи, стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации по специальности</p> <p><b><u>Не владеет</u></b> навыками поиска и правильного применения нормативно-правовых актов</p>
ПК-5, ПК-11	<p><b><u>Умеет</u></b> самостоятельно и без <u>ошибок</u> применять критерии качества медицинской помощи для оценки его уровня</p> <p><b><u>Владеет</u></b> современными методиками оценки качества медицинской помощи</p>	<p><b><u>Умеет</u></b> самостоятельно применять критерии качества медицинской помощи для оценки его уровня, <u>но совершает отдельные ошибки</u></p> <p><b><u>Владеет</u></b> современными методиками оценки качества медицинской помощи, <u>но при их применении совершает отдельные ошибки</u></p>	<p><b><u>Умеет</u></b> под руководством <u>преподавателя</u> применять критерии качества медицинской помощи для оценки его уровня</p> <p><b><u>Владеет</u></b> современными методиками оценки качества медицинской помощи, <u>применяет их с помощью преподавателя</u></p>	<p><b><u>Не умеет</u></b> применять критерии качества медицинской помощи для оценки его уровня</p> <p><b><u>Не владеет</u></b> современными методиками оценки качества медицинской помощи</p>

### **2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания:**

Количество практико-ориентированных заданий, предполагающих оценку уровня формирования компетенции – 20. Комплекты практико-ориентированных заданий ежегодно обновляются. На подготовку по практико-ориентированного заданию ординатору дается 40 мин, продолжительность ответа на билет – 10 мин.

### **3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине**

К зачету по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение» допускается ординатор, не имеющий пропусков занятий. Итоговая отметка определяется с учетом результатов тестирования и выполнения практико-ориентированных заданий.

Отметка «зачтено» по дисциплине выставляется ординатору, имеющему результаты тестирования не менее 71% правильных ответов и показавшему высокий, средний или низкий уровень формирования компетенции.

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего  
образования  
«Ивановская государственная медицинская академия»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Институт последипломного образования**

**Приложение 1  
к рабочей программе дисциплины  
«Педагогика»**

**Оценочные средства и методические материалы  
для проведения промежуточной аттестации по дисциплине  
*«Педагогика»***

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Направление подготовки: **31.08.21 Психиатрия-наркология**

Квалификация выпускника: **врач – психиатр-нарколог**

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б1.Б.4

## 1. Паспорт ОС по дисциплине

### 1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	1 год обучения
УК-2	готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, профессиональные и культурные различия	1 год обучения
УК-3	- готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения	1 год обучения
ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	1 год обучения

### 1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
	УК-1	<b>Знает</b> предмет, цели, задачи, категориальный аппарат дисциплины; Научные подходы к изучению закономерностей психического развития. <b>Умеет</b> интегрировать полученные знания с системой академических знаний в реализации целей, задач и функций педагогической деятельности; <b>Владеет</b> навыками работы по	Комплекты: 1. Тестовых заданий. 2. Практико-ориентированных заданий.	Зачет, 1 год обучения

		использованию полученных знаний		
	УК-2	<p><b>Знает</b> особенности формирования и Проявления познавательных Процессов личности в периодуношества и взрослости</p> <p><b>Умеет</b> навыками работы по использованию полученных знаний;</p> <p><b>Владеет</b> навыками анализа особенностей эмоционального, сенсорного, умственного и вербального развития личности;</p>	<p>1. Комплект тестовых заданий.</p> <p>2. Собеседование по клинической ситуационной задаче.</p>	Зачет, 1 год обучения
1.	УК-3	<p><b>Знает</b> потребности и ведущие мотивы учебной деятельности обучаемых, роль личности реподавателя как фактора эффективности обучения и воспитания</p> <p><b>Умеет</b> дифференцировать полученные знания и использовать индивидуальный подход в работе с младшим персоналом в зависимости от конкретной ситуации, возрастных особенностей, целей и задач обучения. использовать знания о современных педагогических технологиях обучения и воспитания со средним и младшим медицинским персоналом, методах взаимодействия с родными и близкими выздоравливающих больных</p> <p><b>Владеет</b> приемами активизации познавательной деятельности обучаемых в процессе обучения;</p> <p>- основами педагогики в</p>	<p>Комплекты:</p> <p>1. Тестовых заданий.</p> <p>2. Практико-ориентированных заданий.</p>	Зачет, 1 год обучения

		работе со средним и младшим медицинским персоналом, педагогическими технологиями обучения медицинского персонала, педагогическими технологиями коммуникативного взаимодействия с пациентами и его родственниками.		
2.	ПК-9	<b>Знает</b> предмет, цели, задачи, категориальный аппарат дисциплины; <b>Умеет</b> применять полученные знания в профессиональной деятельности; <b>Владеет</b> навыками проектирования эффективных профессиональных стратегий и т.д. навыками по использованию методики межличностного общения: функции, виды, коммуникативная, интерактивная и перцептивная стороны коммуникации	1. Комплект тестовых заданий. 2. Собеседование по клинической ситуационной задаче.	Зачет, 1 год обучения

## 2. Оценочные средства

### 2.1. Оценочное средство: тестовые задания.

#### 2.1.1. Содержание

Тестовый контроль включает задания на компетенции УК-1, УК-2, УК-3 , ПК-9. Все задания с выбором одного правильного ответа из четырех.

*Инструкция по выполнению:* в каждом задании необходимо выбрать один правильный ответ из 4-х предложенных.

*Примеры:*

1. ФУНКЦИЯ ПСИХИКИ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩАЯ ОБЩЕНИЕ:

- 1) коммуникативная;
- 2) убеждающая;
- 3) динамическая;
- 4) гуманистическая;

*Правильный ответ:* 1

2. КОММУНИКАТИВНОЕ ОБЩЕНИЕ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ:

- 1) средствами речевой коммуникации;
- 2) рефлексивной составляющей
- 3) средствами обучения;
- 4) знаниями

*Правильный ответ:* 1

3. МОДЕЛЬ МОРАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА ( ПО Р.ВИЧУ):

- А) сакральная;
  - Б) гуманистическая;
  - В) авторитарная;
  - Г) демократическая;
  - Д) оптимистическая.
- Правильный ответ: А*

### **2.1.2. Критерии и шкала оценки**

Отметка «зачтено» на этапе тестирования выставляется, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. При доле правильных ответов менее 71% ординатор на следующий этап зачета не допускается.

### **2.1.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания:**

Тестирование проводится на заключительном занятии дисциплины. Имеются 2 варианта тестов по 50 вопросов. Продолжительность тестирования – 50 минут. На каждый вопрос необходимо дать один правильный ответ. Тестовый контроль считается успешно пройденным, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. В случае не сдачи зачета ординатор должен пересдать тест до достижения результата не менее 71% правильных ответов. График отработок теста вывешивается на кафедре заранее.

## **2.2. Оценочное средство: практико-ориентированные задания.**

### **2.2.1. Содержание**

Используются для оценки практических умений, опыта (владений) на компетенцию УК-1, УК-2, УК-3, ПК-9.

*Примеры:*

*1. Психолого-педагогические основы коммуникаций Межличностные, коммуникативные навыки взаимодействия (УК-1, УК-2, ПК-9)*

*Инструкция: ознакомьтесь с ситуацией и определите психолого- педагогические основы коммуникаций*

Пациент Г. 37 лет на приеме у врача-стоматолога потребовал срочно удалить больной зуб. После осмотра и рентгенологического обследования врач объяснил пациенту, что зуб может быть сохранен при условии еще двух сеансов лечения. Недовольный таким, по его мнению, надуманным промедлением, больной в раздражении покидает кабинет. В регистратуре его несколько успокоили и посоветовали обратиться к другому врачу в этой же клинике. Зная о случившемся конфликте, новый врач, игнорируя стандарты технологии лечения, пошел «на поводу» у пациента и немедленно выполнил просьбу, удалив зуб без каких-либо предложений о лечении:

а) является ли эта ситуация конфликтной? Кого можно считать субъектами этого конфликта? Какие стратегии поведения они выбрали?

б) оцените эту ситуацию и ее возможные последствия с точки зрения конфликтолога и стоматолога-профессионала?

в) как бы вы поступили в подобном случае?

*Эталон ответа:* Данная ситуация является конфликтной. Субъекты конфликтной ситуации это субъекты социального взаимодействия, находящиеся в состоянии конфликта или же явно или неявно поддерживающие конфликтующих. В данной ситуации - врачи. По типологии данный конфликт - конфликт правил взаимодействия межличностный конфликт. Межличностный конфликт - конфликт между двумя, реже тремя или более

личностями (где каждый -«сам за себя»). Он обычно возникает, когда люди имеют разные ценностные ориентации, интересы, потенциальные возможности, взгляды на средства достижения цели и на правила взаимодействия, а также когда изменяются личные взаимоотношения партнеров. Преобладающая стратегия поведения в конфликте – конкуренция. *Конкуренция* — жесткий стиль решения конфликтов. Люди стоят на своем, защищая свою позицию, во что бы то ни стало стараются выиграть. Уверены, что всегда правы.

С целью обеспечения здоровья пациента. Необходимо выбрать стратегию-сотрудничества. тактика поведения, при которой на первое место ставится не решение конкретной конфликтной ситуации, а удовлетворение интересов всех ее участников.

**Стратегия сотрудничества будет наиболее эффективной, если:**

- *решение проблемы* очень важно для обеих сторон и никто не хочет полностью от него отстраниться;
- *есть время поработать* над возникшей проблемой;
- *стороны способны* изложить суть своих интересов и выслушать друг друга;
- *участники конфликта обладают* равной властью или хотят игнорировать разницу в положении для того, чтобы на равных искать решение проблемы.

2. *Формирование у пациентов мотивации к лечению (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-9).*

*Примеры:*

**Задание 1.**

*Инструкция: ознакомьтесь с содержанием практического задания и определите вид эффекта общения.*

Пациент 45 лет находится в течении месяца на лечении в кардиологическом отделении. Он очень сомневается во всех процедурах, которые ему проводят по назначению врача, не верит в успех лечения. При проведении процедур спорит с медсестрой, на лице часто ухмылка, может не явиться на назначенные исследования. Медсестра попыталась побеседовать с пациентом, но он не слушает ее, грубит, прячет глаза. Медсестре удалось выяснить в ходе беседы, что пациент имеет негативный опыт общения с медперсоналом.

*Эталон ответа:* Эффект общения – отрицательный трансфер.

Трансфер (перенос) – тенденция в настоящем видеть прошлое, прибегать к использованию старых способов восприятия и реагирования, исключая всякую новую информацию. Если трансфер существует, то он совершенно реален для человека и всякая противоречащая ему информация отвергается.

В клинической практике в случае наличия переноса клиент начинает взаимодействие с врачом как с кем-то другим (матерью, отцом, и др.). Для клиента это происходит бессознательно. Терапевт чувствует перенос по эмоциональным, поведенческим реакциям клиента, как оказываемое на него давление вести себя по отношению клиента так, чтобы это напоминало ему о прежних отношениях. Пациент сам не понимает, почему он «влюбляется» во врача или начинает его ненавидеть.

3. Фрейд усматривает в этом следующую причину: люди строят свои взаимоотношения в настоящем, воспроизводя эмоционально значимые аспекты и впечатления своего прошлого. Восприятие любого нового человека соотносится с субъективными представлениями, хранящимися в памяти.

Мы бессознательно оцениваем людей, используя тот опыт памяти, в котором заложены представления о наиболее значимых фигурах, которые когда-то оказали на нас определенное воздействие. Настоящее обычно представляет собой проекцию более ранних реакций, и этот механизм, формирующий то, что называется трансфером, лежит за пределами сознания.

Усилению трансферных реакций, проявлению эффекта «экрана проекций» способствуют:

- сохранение партнером внешней пассивности и нейтральности;
- проявление им заинтересованности вашей личной жизнью;
- его активное слушание вас.

Именно так чаще всего ведет себя врач, в особенности психотерапевт. Психодинамическая психотерапия специально направлена на работу с трансферными реакциями клиента (больного). Трансфер в психотерапевтической практике используется как способ, с помощью которого пациент вспоминает то, что забыл, то есть то, что является бессознательным источником его психологических страданий.

## **Задание 2.**

*Инструкция: ознакомьтесь с содержанием практического задания и определите вид эффекта общения.*

В неврологическом отделении находится одинокая пациентка 75 лет, которая при беседе со знакомой рассказала, что постовая медсестра К. относится к ней не так, как к другим пациенткам. В палате часто присаживается к ней, рассказывает ей о своей дочке, оберегает ее от негативной информации, угощает ее собственной выпечкой.

Во время совместного чаепития медсестра К. рассказала, что 2 недели назад у нее умерла мама, и она очень тяжело переживает потерю близкого человека, а в пациентки она видит черты своей мамы и ей после общения с ней легче смирится с утратой.

*Эталон ответа:* Эффект общения – контртрансфер

Сам врач тоже может испытывать какие-то чувства по отношению к пациенту, исходящие из его прошлого. Это явление называется контртрансфером.

Контртрансфер усиливается во времена переживания стрессовых событий и неразрешенных конфликтов в жизни самого врача. Контртрансфер может быть рассмотрен как реакция на внутреннюю дисбалансировку, которая проявляется в виде гнева к клиенту, раздражения, боязни клиента.

Контртрансфер обладает громадной эмоциональной силой, которая может подорвать обычно доброжелательно-нейтральную позицию врача.

Сдерживание и переработка контртрансфера у опытного клинициста приводит к «расщеплению» в функционировании. В эти моменты одновременно действует и та «часть», которая реагирует чувственно, субъективно, и та «половина», которая наблюдает за происходящим честно и объективно.

Профессионал умеет вовремя заметить в себе особое эмоциональное состояние в связи с общением с партнером. Может различить когда это искусственное внедрение чего-то постороннего (в результате эмоционального заражения) или чувства другого вызывают какие-то его собственные ассоциации, переживания (механизм эмпатии), или общение с другим вызывает чувства, которые врач не связывает с собой, но которые являются проявлением его бессознательного и требуют проработки.

Наиболее трудным для начинающих врачей является умение сдерживать и анализировать эротические трансферы, которые стимулируют эротизированные контртрансферы. По данным ВОЗ процент врачей (вне зависимости от их специальности), имеющих эротические контакты с пациентами, достигает 5-10%. Запрет на интимные отношения с пациентами звучит в клятве Гиппократова, поскольку подобные явления ставят под угрозу процесс лечения.

Таким образом, в процессе общения с клиентами врач:

- отслеживает свое состояние, свои переживания;
- видит, слышит, чувствует, понимает своего партнера, его внутренний мир, ту информацию, которую он передает,
- отличает свое отношение к этой информации от своего отношения к клиенту,

– фиксирует особенности возникающих между ним и клиентом взаимоотношений и эффекты взаимодействия.

### Задание 3.

*Инструкция: ознакомьтесь с содержанием практического задания и определите вид эффекта общения.*

В терапевтическом отделении на лечении находится женщина 50 лет. Женщина замужем, имеет двух дочерей, которые живут в другом городе и не имеют возможности часто навещать ее. Женщина очень чутко относится к своему здоровью, на процедуры приходит за 30-40 минут до назначенного срока, внимательно слушает и записывает все, что ей говорит медсестра. Делится с ней своими семейными проблемами. Ежедневно после процедур пытается отблагодарить ее небольшим подарком (шоколадкой, конфеткой).

*Эталон ответа:* Эффект общения – положительный трансфер

#### 2.2.2. Критерии и шкала оценки

Компетенция	Высокий уровень (86-100)	Средний уровень (71-85)	Низкий уровень (56-70)	До 56 баллов
<b>УК-1</b>	<b>Умеет</b> <u>Самостоятельно и без ошибок</u> выявляет в учебном задании диагностическую методику, активизирующую психологическую поддержку взрослого населения гуманистические составляющие психологического общения «врач-пациент», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан <b>Владеет</b> Уверено, правильно и самостоятельно определяет методы активизирующие психологического общения «врач-пациент», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан	<b>Умеет</b> <u>Самостоятельно</u> выявляет в учебном задании диагностическую методику, активизирующую психологическую поддержку взрослого населения гуманистические составляющие психологического общения «врач-пациент», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан, <u>но совершает отдельные ошибки</u> <b>Владеет</b> Обладает опытом самостоятельно определять методы методики, активизирующие психологического общения «врач-пациент», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья	<b>Умеет</b> Выявляет в учебном задании <u>под руководством преподавателя</u> морально-этические нормы, правила и принципы психологического общения «врач-пациент», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан <b>Владеет</b> способен к самостоятельному определению методов психологического общения «врач-пациент», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан, <u>но совершает отдельные ошибки</u>	<b>Умеет</b> <u>Не может</u> выявить в учебном задании морально-этические нормы, правила и принципы психологического общения «врач-пациент», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан <b>Владеет</b> Не способен к самостоятельному определению методов психологического общения «врач-пациент», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан, <u>но совершает отдельные ошибки</u>

<p><b>УК-2</b></p>	<p><b><u>Умеет</u></b> <b><u>Самостоятельно и без ошибок</u></b> выявляет в учебном задании основные закономерности формирования базовой культуры личности в целостном педагогическом процессе, на основе ведущих идей концепции непрерывного профессионального образования с использованием психолого-педагогических методов исследования самоактуализации личности</p> <p><b><u>Владеет</u></b> уверено, правильно и самостоятельно выявляет основные закономерности использования методики межличностного общения: функции, виды, коммуникативная, интерактивная и перцептивная стороны коммуникации с использованием психолого-педагогических методов исследования самоактуализации личности</p>	<p>граждан</p> <p><b><u>Умеет</u></b> <b><u>Самостоятельно</u></b> выявляет в учебном задании основные закономерности формирования базовой культуры личности в целостном педагогическом процессе, на основе ведущих идей концепции непрерывного профессионального образования с использованием психолого-педагогических методов исследования самоактуализации личности, <b><u>но совершает отдельные ошибки</u></b></p> <p><b><u>Владеет</u></b> обладает опытом самостоятельно выявлять основные закономерности использования методики межличностного общения: функции, виды, коммуникативная, интерактивная и перцептивная стороны коммуникации с использованием психолого-педагогических методов исследования самоактуализации личности</p>	<p><b><u>Умеет</u></b> выявляет в учебном задании <b><u>под руководством преподавателя</u></b> основные закономерности формирования базовой культуры личности в целостном педагогическом процессе, на основе ведущих идей концепции непрерывного профессионального образования с использованием психолого-педагогических методов исследования самоактуализации личности</p> <p><b><u>Владеет</u></b> способен к самостоятельному выявлению основных закономерностей использования методики межличностного общения: функции, виды, коммуникативная, интерактивная и перцептивная стороны коммуникации с использованием психолого-педагогических методов исследования самоактуализации личности, но совершает отдельные ошибки</p>	<p><b><u>Умеет</u></b> <b><u>Не может</u></b> выявить в учебном задании основные закономерности формирования базовой культуры личности в целостном педагогическом процессе, на основе ведущих идей концепции непрерывного профессионального образования с использованием психолого-педагогических методов исследования самоактуализации личности</p> <p><b><u>Владеет</u></b> Не способен к самостоятельному выявлению основных закономерностей использования методики межличностного общения: функции, виды, коммуникативная, интерактивная и перцептивная стороны коммуникации с использованием психолого-педагогических методов исследования самоактуализации личности</p>
<p><b>УК-3</b></p>	<p><b><u>Умеет</u></b> <b><u>Самостоятельно и без ошибок</u></b> выявляет в учебном задании диагностическую методику, активизирующую</p>	<p><b><u>Умеет</u></b> <b><u>Самостоятельно</u></b> выявляет в учебном задании диагностическую методику, активизирующую</p>	<p><b><u>Умеет</u></b> Выявляет в учебном задании <b><u>под руководством преподавателя</u></b> морально-этические нормы, правила и</p>	<p><b><u>Умеет</u></b> <b><u>Не может</u></b> выявить в учебном задании морально-этические нормы, правила и принципы</p>

	<p>психологическую поддержку взрослого населения гуманистические составляющие психологического общения «врач-пациент», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан</p> <p><b><u>Владеет</u></b> Уверено, правильно и самостоятельно определяет методы активизирующие психологического общения «врач-мед сестра - пациент», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан</p>	<p>психологическую поддержку взрослого населения гуманистические составляющие психологического общения «врач-пациент- мед сестра-», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан, <u>но совершает отдельные ошибки</u></p> <p><b><u>Владеет</u></b> Обладает опытом самостоятельно определять методы методики, активизирующие психологического общения «врач- мед сестра-пациент», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан</p>	<p>принципы психологического общения «врач-пациент», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан</p> <p><b><u>Владеет</u></b> способен к самостоятельному определению методов психологического общения «врач-пациент мед сестра», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан , но <u>совершает отдельные ошибки</u></p>	<p>психологического общения «врач-пациент», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан</p> <p><b><u>Владеет</u></b> Не способен к самостоятельному определению методов психологического общения «врач-пациент», используя совокупность средств, технологий направленных на создание условий для охраны здоровья граждан , но совершает отдельные ошибки</p>
ПК-9	<p><b><u>Умеет</u></b> <u>Самостоятельно и без ошибок</u> выявляет в учебном задании основные закономерности формирования базовой культуры личности в целостном педагогическом процессе, на основе ведущих идей концепции непрерывного профессионального образования с использованием психолого-педагогических методов исследования самоактуализации личности</p>	<p><b><u>Умеет</u></b> <u>Самостоятельно</u> выявляет в учебном задании основные закономерности формирования базовой культуры личности в целостном педагогическом процессе, на основе ведущих идей концепции непрерывного профессионального образования с использованием психолого-педагогических методов исследования самоактуализации личности, <u>но совершает</u></p>	<p><b><u>Умеет</u></b> выявляет в учебном задании <u>под руководством преподавателя</u> основные закономерности формирования базовой культуры личности в целостном педагогическом процессе, на основе ведущих идей концепции непрерывного профессионального образования с использованием психолого-педагогических методов исследования самоактуализации</p>	<p><b><u>Умеет</u></b> <u>Не может</u> выявить в учебном задании основные закономерности формирования базовой культуры личности в целостном педагогическом процессе, на основе ведущих идей концепции непрерывного профессионального образования с использованием психолого-педагогических методов исследования самоактуализации личности</p> <p><b><u>Владеет</u></b></p>

	<p><b><u>Владеет</u></b> уверено, правильно и самостоятельно выявляет основные закономерности использования методики межличностного общения: функции, виды, коммуникативная, интерактивная и перцептивная стороны коммуникации с использованием психолого-педагогических методов исследования самоактуализации личности</p>	<p><u>отдельные ошибки</u> <b><u>Владеет</u></b> обладает опытом самостоятельно выявлять основные закономерности использования методики межличностного общения: функции, виды, коммуникативная, интерактивная и перцептивная стороны коммуникации с использованием психолого-педагогических методов исследования самоактуализации личности</p>	<p>личности <b><u>Владеет</u></b> способен к самостоятельному выявлению основных закономерностей использования методики межличностного общения: функции, виды, коммуникативная, интерактивная и перцептивная стороны коммуникации с использованием психолого-педагогических методов исследования самоактуализации личности, но совершает отдельные ошибки</p>	<p>Не способен к самостоятельному выявлению основных закономерностей использования методики межличностного общения: функции, виды, коммуникативная, интерактивная и перцептивная стороны коммуникации с использованием психолого-педагогических методов исследования самоактуализации личности</p>
--	---	--	---	--

Результаты оцениваются как «выполнено», «не выполнено».

### **2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания.**

С помощью практико-ориентированных задач оценивается освоение обучающимися практических умений и опыта (владений).

Результаты оцениваются как «выполнено», «не выполнено».

### **2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания**

Зачет является формой заключительной проверки усвоения обучающимися теоретического материала и практических умений, опыта (владений) по дисциплине.

Условием допуска обучающегося к зачету является полное выполнение учебного плана данной дисциплины.

Зачет осуществляется в два этапа:

I. Тестовый контроль знаний.

Результаты тестирования оцениваются как «сдано», «не сдано».

II. Проверка практических умений, опыта (владений).

Время на подготовку – 40 мин. Ординаторы не имеют возможности использовать какие-либо информационные материалы. Время на ответ – не более 0,5 ч.

Результаты оцениваются как «выполнено», «не выполнено».

Зачет считается сданным при условии успешного выполнения обоих этапов.

Результаты сдачи зачета оцениваются отметками «зачтено», «не зачтено».

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ (репродуктивно- выборочного) УРОВНЯ**  
**для промежуточной аттестации.**

ЗАДАНИЯ С ВЫБОРОМ 1 ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА ИЗ ПРЕДЛОЖЕННЫХ.

ИНСТРУКЦИЯ: подчеркните правильный ответ

1. (УК-1, УК-3) ПЕДАГОГИКА – ЭТО НАУКА:

- А) о воспитании человека в современном обществе
- Б) о способах научного познания
- В) о психологических особенностях человека
- Г) о физиологических закономерностях развития личности
- Д) о подготовке учителя к работе в школе

2. (УК-1, УК-3) ПЕДАГОГИКА В ПЕРЕВОДЕ С ГРЕЧЕСКОГО ОЗНАЧАЕТ:

- А) детовожделение
- Б) управление
- В) воспроизведение
- Г) закрепление
- Д) повторение

3. (УК-1, УК-3) ОБЪЕКТОМ ПЕДАГОГИКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) учение о принципах построения теории
- Б) методы педагогического исследования
- В) психологические особенности личности
- Г) человек развивающийся в процессе воспитания
- Д) междисциплинарные связи человекознания

4. (УК-1, УК-3) ПРЕДМЕТОМ ПЕДАГОГИКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) целостный педагогический процесс
- Б) закономерности обучения
- В) воспитание творческой направленности личности
- Г) самообразование
- Д) самообучение

5. (УК-1, УК-3) ЗАДАЧИ ПЕДАГОГИКИ:

- А) изучение педагогического опыта
- Б) исследование личностных особенностей
- В) внедрение образовательных законопроектов
- Г) создание библиотек
- Д) разработка электронных учебников.

6. (УК-1, УК-3) ФУНКЦИИ ПЕДАГОГИКИ:

- А) познавательная
- Б) экономическая
- В) социальная
- Г) юридическая
- Д) политическая

7. (УК-1, УК-3) ОТРАСЛИ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ НАУКИ:

- А) общая педагогика
- Б) социология
- В) политология
- Г) квалитология
- Д) психология

8. (УК-1, УК-3) МЕТОДЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ НАУКИ:

- А) педагогическое наблюдение
- Б) изучение успеваемости
- В) исследование межличностных отношений
- Г) выдвижение гипотезы
- Д) изучение литературы.

9. (УК-1, УК-3) ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ - ЭТО:

- А) связи между условиями и достигнутыми результатами
- Б) отношения между субъектами образовательного процесса
- В) обученность
- Г) реализация инноваций
- Д) творчество педагогов

10. (УК-1, УК-3) РАЗВИТИЕ ПЕДАГОГИКИ ОПРЕДЕЛЯЕТ:

- А) прогресс науки и техники.

- Б) биологический закон сохранения рода.
- В) объективная потребность в подготовке человека к жизни и труду.
- Г) повышение роли воспитания в общественной жизни
- Д) социально- экономические преобразования.

11. (УК-1, УК-3) ПЕДАГОГИКА ИЗУЧАЕТ:

- А) развитие и функционирование психики ребенка
- Б) взаимоотношения между родителями и детьми
- В) закономерности, принципы, методы и формы обучения и воспитания человека
- Г) механизмы передачи знаний от поколения к поколению
- Д) процессы преобразования общества

12. (УК-1, УК-3, ПК-9) ВОСПИТАНИЕ – ЭТО:

- А) направленное воздействие на человека с целью формирования у него определенных знаний.
- Б) целенаправленный и организованный процесс формирования личности.
- В) формирование образов, законченных представлений об изучаемых явлениях.
- Г) процесс становления человека как социального существа под воздействием всех факторов
- Д) передача культурных традиций подрастающему поколению.

13. (УК-1, УК-3, ПК-9) ОБУЧЕНИЕ – ЭТО:

- А) направленное воздействие на человека со стороны общественных институтов с целью формирования у него определенных знаний.
- Б) двухсторонний образовательный процесс взаимодействия учителей и учеников, направленный на усвоение знаний, умений, навыков.
- В) объем систематизированных знаний, умений, навыков, способов мышления, которыми овладел обучаемый.
- Г) целенаправленный и организованный процесс формирования личности, под воздействием учителя.
- Д) формирование представлений об окружающей действительности.

14. (УК-1, УК-3) ЗАКОНОМЕРНОСТИ ВОСПИТАНИЯ – ЭТО:

- А) объективно существующие связи между педагогическими явлениями
- Б) адекватное отражение объективной действительности воспитательного процесса, обладающего устойчивыми свойствами
- В) варианты организации конкретного воспитательного процесса
- Г) управление деятельностью учащихся при помощи разнообразных повторяющихся дел
- Д) совокупность педагогических мероприятий.

15. (УК-1, УК-3) ДВИЖУЩАЯ СИЛА ВОСПИТАНИЯ:

- А) противоречие индивидуального морального сознания
- Б) противоречие общественного развития
- С) противоречие между умственным и физическим трудом
- Д) противоречие между имеющимся уровнем развития и новыми, более высокими потребностями
- Е) расхождение ценностных ориентаций

16. (УК-1, УК-3) МЕТОДЫ ВОСПИТАНИЯ - ЭТО:

- А) общие исходные положения, которыми руководствуется педагог
- Б) способы воздействия на сознание, волю, чувства, поведения воспитанников

- В) предметы материальной и духовной культуры, которые используются для решения педагогических задач
- Г) внешнее выражение процесса воспитания
- Д) варианты организации конкретного воспитательного процесса

17. (УК-1, УК-3) ПОЩРЕНИЕ - ЭТО:

- А) способ педагогического воздействия на воспитанника с целью стимулирования положительного поведения
- В) неодобрение и отрицательная оценка действий и поступков личности
- С) привлечение воспитанников к выработке правильных оценок и суждений
- Д) эмоционально-словесное воздействие на воспитанников
- Е) яркое, эмоциональное изложение конкретных фактов и событий.

18. (УК-1, УК-3) ФОРМА ВОСПИТАНИЯ – ЭТО:

- А) организационная структура
- Б) педагогическое действие
- В) мероприятие, в котором реализуются задачи
- Г) содержание и методы конкретного воспитательного процесса
- Д) воздействие на воспитуемых.

19. (УК-1, УК-3) ПЕРЕВОСПИТАНИЕ – ЭТО:

- А) перестройка установок взглядов и способов поведения, противоречащих этическим нормам
- Б) специально организованная познавательная деятельность
- В) адаптация человека к различным ценностям
- Г) воспитание правил хорошего тона и культуры поведения
- Д) воспитание чувства национального достоинства

20 (УК-1, УК-3, ПК-9) МЕДИЦИНСКАЯ ПЕДАГОГИКА - ЭТО:

- А) междисциплинарная область теории и практики клинической психологии,
- Б) педагогическая составляющая профессионального образования
- В) наука, изучающая особую сферу деятельности человека
- Г) наука о психофизиологических особенностях детей
- Д) научная отрасль знания связанная с лечением

21. (УК-1, УК-3) ОБЪЕКТОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПЕДАГОГИКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) область действительности, которую исследует наука
- Б) особые явления действительности
- В) медицинское образование
- Г) лечебный процесс
- Д) процесс реабилитации

22. (УК-1, УК-3) ПРЕДМЕТОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПЕДАГОГИКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) педагогический процесс
- Б) педагогическое взаимодействие между участниками учебного процесса
- В) инновационные технологии в медицине
- Г) комплекс явлений, раскрывающий лечебный процесс
- Д) педагогическая ситуация.

23. (УК-1, УК-3) ПРИНЦИПЫ ОБУЧЕНИЯ - ЭТО:

- А) приемы работы по организации процесса обучения

- Б) тезисы теории и практики обучения и образования
- В) основные положения теории обучения
- Г) средства народной педагогики и современного педагогического процесса
- Д) условия педагогического процесса.

24. (УК-1, УК-3) ЦЕЛОСТНЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС - ЭТО:

- А) единство воспитания и обучения
- Б) взаимодействие школы, семьи и общественности
- В) целенаправленный процесс взаимодействия учителя и учащихся
- Г) обучение и воспитание
- Д) совместная система всех институтов воспитания

25. (УК-1, УК-2, УК-3) ЭФФЕКТИВНЫЙ СТИЛЬ УПРАВЛЕНИЯ ПЕДАГОГИЧЕСКИМ ПРОЦЕССОМ:

- А) нейтральный
- Б) либеральный
- В) авторитарный
- Г) оппозиционный
- Д) демократический

26. (УК-1, УК-3) ОБРАЗОВАНИЕ - ЭТО:

- А) результат процесса воспитания
- Б) результат процессов социализации и адаптации
- В) механизм социокультурной среды по приобщению к общечеловеческим ценностям
- Г) результат получения системы знаний, умений, навыков
- Д) процессуальная деятельность.

27. ПРИНЦИПЫ ОБУЧЕНИЯ ВПЕРВЫЕ СФОРМУЛИРОВАЛ:

- А) Песталоцци И.Г.
- Б) Коменский Я.А.
- В) Монтень М.
- Г) Ушинский К.Д.
- Д) Руссо Ж-Ж.

28. (УК-1, УК-3) ДИДАКТИКА – ЭТО:

- А) наука об обучении и образовании, их целях, содержании, методах, средствах, организации, достигаемых результатах.
- Б) искусство, «детоводческое мастерство».
- В) упорядоченная деятельность педагога по реализации цели обучения.
- Г) система приобретенных в процессе обучения ЗУН и способов мышления.
- Д) научная отрасль педагогики

29. (УК-1, УК-3) ОБУЧЕНИЕ – ЭТО:

- А) целенаправленный педагогический процесс организации и стимулирования учебно-познавательной деятельности
- Б) наука о получении образования,
- В) упорядоченное взаимодействие педагога с учащимися, направленное на достижение поставленной цели.
- Г) категория философии, психологии и педагогики
- Д) двухсторонний процесс обучения

30. (УК-1, УК-3) СТРУКТУРНЫЕ КОМПОНЕНТЫ ОБУЧЕНИЯ:

- А) целевой,
- Б) положительный
- В) отрицательный
- Г) качественный
- Д) комплексный

31. (УК-1, УК-3) ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ - ЭТО:

- А) основные идеи, положенные в основу достижения педагогических целей
- Б) основные требования
- В) исходные положения
- Г) руководство к действию
- Д) воспитательные возможности.

32. (УК-1, УК-3) ДИДАКТИЧЕСКИМИ ПРИНЦИПАМИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- А) наглядность обучения
- Б) активизация межличностных отношений
- В) познание закономерностей окружающей действительности
- Г) обеспечение конкурентоспособности
- Д) инновационность обучения

33. (УК-1, УК-3) ПРЕПОДАВАНИЕ И УЧЕНИЕ - ЭТО

- А) категории обучения.
- Б) методы обучения.
- В) формы обучения.
- Г) средства обучения.
- Д) приемы обучения.

34. (УК-1, УК-3) ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ НА:

- А) общепредметные, предметные и модульные.
- Б) общепредметные, предметные, модульные и частнометодические.
- В) общепредметные и предметные.
- Г) предметные и модульные.
- Д) интегративные и комбинированные.

35. (УК-1, УК-3) ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА – ЭТО:

- А) материальные объекты, предназначенные для организации и осуществления педагогического процесса
- Б) методы и приемы реализуемой педагогической технологии
- В) формы организации обучения
- Г) организация учебного пространства
- Д) содержание педагогического процесса

36. (УК-1, УК-3) ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ – ЭТО:

- А) набор операций по конструированию, формированию и контролю знаний, умений, навыков и отношений в соответствии с поставленными целями.
- Б) инструментарий достижения цели обучения.
- В) совокупность положений, раскрывающих содержание какой-либо теории, концепции или категории в системе науки.
- Г) устойчивость результатов, полученных при повторном контроле, а также близких результатов при его проведении разными преподавателями.
- Д) совокупность методов и приемов обучения

37. (УК-1, УК-3) МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ – ЭТО:

- А) способы совместной деятельности учителя и учащихся, направленные на решения задач обучения.
- Б) монологическая форма изложения, призвана ретранслировать систему социального опыта.
- В) средство самообучения и взаимообучения.
- Г) пути познания объективной реальности в условиях многоаспектного рассмотрения гносеологических механизмов и познавательной активности учащихся.
- Д) условия обучения.

38. (УК-1, УК-3) ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ИННОВАЦИИ - ЭТО:

- А) нововведения в учебно - воспитательном процессе с целью повышения его эффективности
- Б) реализация культурно- исторического опыта предшествующих поколений
- В) внедрение научно- исследовательских проектов
- Г) активизация мотивации к обучению
- Д) совокупность интерактивных методов обучения

39. (УК-1, УК-3) КАТЕГОРИЕЙ ДИДАКТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) нравственное воспитание
- Б) процесс обучения
- В) цель воспитания
- Г) социализация личности
- Д) воспитание

40. (УК-1, УК-3, ПК-9) СЛОВЕСНЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ:

- А) беседа
- Б) демонстрация картин, иллюстраций
- В) продуктивная деятельность
- Г) упражнения
- Д) компьютерные средства

41. (УК-1, УК-3, ПК-9) НАГЛЯДНЫЕ СРЕДСТВА ОБУЧЕНИЯ:

- А) опрос учащихся
- Б) рассматривание картин
- В) тренинг
- Г) рассказ
- Д) объяснение

41. (УК-1, УК-3, ПК-9) СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ТЕОРИИ И ПРАКТИКЕ ВОСПИТАНИЯ:

- А) деятельностный
- Б) синергитический
- В) системный
- Г) интегративный
- Д) комплексный

41. (УК-1, УК-3) ОБУЧЕНИЕ КАК СОТВОРЧЕСТВО УЧИТЕЛЯ И УЧЕНИКА РАССМАТРИВАЛ:

- А) Шаталов В.П.

- Б) Коменский Я.А.
- В) Крупская Н.К.
- Г) Толстой Л.Н.
- Д) Больнов В.Е.

41. (УК-1, УК-3) СИСТЕМУ ПРИНЦИПОВ РАЗВИВАЮЩЕГО ОБУЧЕНИЯ ПРЕДЛОЖИЛ:

- А) Выготский Л.С.
- Б) Занков Л.С.
- В) Леонтьев А.Н.
- Г) Лернер И.И.
- Д) Махмутов

41. (УК-1, УК-3) НАУКА О НАРУШЕНИЯХ РЕЧИ, ИХ КОРРЕКЦИИ ПОСРЕДСТВОМ СПЕЦИАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ:

- А) сурдопедагогика
- Б) тифлопедагогика
- В) логопедия
- Г) олигофренопедагогика
- Д) дефектология

41. (УК-1, УК-3) НАУКА О НАРУШЕНИЯХ СЛУХА ИХ КОРРЕКЦИИ ПОСРЕДСТВОМ СПЕЦИАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ:

- А) сурдопедагогика
- Б) тифлопедагогика
- В) логопедия
- Г) олигофренопедагогика
- Д) дефектология

42. (УК-1, УК-3) НАУКА О НАРУШЕНИЯХ ЗРЕНИЯ ИХ КОРРЕКЦИИ ПОСРЕДСТВОМ СПЕЦИАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ:

- А) сурдопедагогика
- Б) тифлопедагогика
- В) логопедия
- Г) олигофренопедагогика
- Д) дефектология

43. (УК-1, УК-3) ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ТЕОРИИ «СВОБОДНОГО ВОСПИТАНИЯ»

- А) Монтессори М.
- Б) Макаренко А.С.
- В) Ушинский К.Д.
- Г) Крупская Н.К.
- Д) Изард И.

44. (УК-1, УК-3) ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОРИЕНТАЦИЯ - ЭТО

- А) процесс оказания помощи учащимся в выборе профессии в соответствии со способностями, склонностями и рынком труда.
- Б) работа по итогам которой определяются умения. навыки
- В) совокупность различной направленности общественных мероприятий
- Г) профессиональная подготовка
- Д) деятельность направленная на результат.

45. (УК-1, УК-3) САМОАКТУАЛИЗАЦИЯ – ЭТО:

- А) стремление человека к возможно более полному выявлению и развитию своих личностных возможностей
- Б) стремление человека достичь результата
- В) творческий процесс развития
- Г) стремление человека реализовать способности
- Д) целенаправленная деятельность

46. (УК-1, УК-3) САМООБРАЗОВАНИЕ – ЭТО:

- А) самостоятельное овладение человеком знаниями, умениями и навыками, совершенствование уровня самого образования
- Б) образование через всю жизнь
- В) систематическое обучение
- Г) воспитательно - образовательная деятельность
- Д) личностная значимость человека.

47. (УК-1, УК-3) СОЦИАЛИЗАЦИЯ ЛИЧНОСТИ – ЭТО:

- А) процесс социального развития человека под влиянием всей совокупности факторов социальной жизни
- Б) усвоение опыта предшествующих поколений
- В) адаптация личности
- Г) индивидуальное развитие человека
- Д) становление личности, приобретение ею совокупности устойчивых свойств и качеств

48. (УК-1, УК-3) ПРЕПОДАВАНИЕ – ЭТО:

- А) передача учащимся знаний, умений, навыков
- Б) управление усвоением в рамках отдельных познавательных задач
- В) управление учебно-познавательной деятельностью обучаемых
- Г) реализация принципа связи теории и практики
- Д) реализация принципа активности познавательной деятельностью обучаемых

49. (УК-1, УК-3) КОНТРОЛЬ - ЭТО:

- А) проверка результатов самообучения.
- Б) это обратная связь учителя с учеником в процессе преподавание
- В) система оценочно-отметочной деятельности,
- Г) механизм проверки знаний, умений, навыков учащихся.
- Д) метод обучения

50. (УК-1, УК-3) ОБРАЗОВАНИЕ – ЭТО:

- А) упорядоченная деятельность педагога по реализации цели обучения
- Б) предметная поддержка учебного процесса
- В) система приобретенных в процессе обучения знаний, умений и навыков
- Г) способ сотрудничества учителя и учащихся
- Д) квалификационная характеристика выпускника

51. (УК-1, УК-3) КОМПЕТЕНТНОСТЬ - ЭТО:

- А) способность применять знания для решения профессиональных задач
- Б) совокупность знаний, умений и навыков
- В) способность активно действовать
- Г) желание использовать полученные знания
- Д) активность личности

52. (УК-1, УК-3) ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ - ЭТО:

- А) интегральная характеристика личности
- Б) вид профессиональной подготовленности работника, наличие у него знаний, умений и навыков, необходимых для выполнения им определенной работы в рамках одной профессии
- В) мастер своего дела
- Г) профессиональное умение
- Д) способность постоянно развиваться

53. (УК-1, УК-3) ВИДЫ КОМПЕТЕНЦИЙ:

- А) общекультурные, профессиональные
- Б) индивидуально – личностные
- В) социологические
- Г) предметные
- Д) дисциплинарные

54. (УК-1, УК-3) ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ СТАНДАРТ - ЭТО:

- А) нормативно - правовой законодательный документ
- Б) основа формирования профессионализма
- В) совокупность компетенций
- Г) регламентирующий проект
- Д) процесс обновления системы образования

55. (УК-1, УК-3) ПЕДАГОГИКА СОТРУДНИЧЕСТВА - ЭТО:

- А) направление в советской педагогике 2-ой половины 20 в.
- Б) форма коллективной работы учащихся
- В) объект деятельности учителя
- Г) научная теория Я.А. Коменского
- Д) метод обучения.

56. (УК-1, УК-3) ГУМАНИСТИЧЕСКАЯ ПЕДАГОГИКА:

- А) принимает воспитанника таким, какой он есть
- Б) навязывает сложившиеся установки
- В) стремится изменить воспитанника
- Г) исходит из приоритетности знаний педагога
- Д) руководствуется запросами практики.

57. ПЕДАГОГИКА СОВЕТСКОГО ПЕРИОДА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- А) идеологизацией методологических оснований
- Б) неклассовым подходом к воспитанию
- В) интеграцией в мировой практике
- Г) отсутствием идеологической борьбы с педагогикой развитых стран
- Д) рекламированием отечественных достижений.

58. (УК-1, УК-3) ПРИНЦИП ПРИРОДОСООБРАЗНОСТИ СФОРМУЛИРОВАН:

- А) Ушинским К.Д.
- Б) Макаренко А.С.
- В) Дж.Локком
- Г) Коменским Я.А.
- Д) Дистервергом

59. (УК-1, УК-3) АВТОР ТРУДА «ВЕЛИКАЯ ДИДАКТИКА»:

- А) Крупская Н.К.
- Б) Коменский Я.А.
- В) Корчак Я.
- Г) Толстой Л.Н.
- Д) Тихеева Е.И.

60. (УК-1, УК-3, ПК-9) СЕМЬЯ-ЭТО:

- А) брак двух людей
- Б) начальная, структурная единица общества, закладывающая основы личности
- В) образование, в котором человек целиком проявляется во всех отношениях
- Г) социально-педагогическая группа людей, предназначенная для удовлетворения потребностей
- Д) малая группа, основанная на кровном родстве, члены которой связаны между собой

61. (УК-1, УК-3, ПК-9) КРИЗИС СОВРЕМЕННОЙ СЕМЬИ:

- А) отсутствие доброжелательных взаимоотношений
- Б) сужение кругозора родителей
- В) преобладание гражданских браков
- Г) свобода заключения и расторжения брака
- Д) падение авторитета и роста конфликтности с ними

#### ЗАДАНИЯ НА УСТАНОВЛЕНИЕ СООТВЕТСТВИЯ

##### 1 задание.

Инструкция: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ВОЗРАСТНЫМ ЭТАПОМ РАЗВИТИЯ И ВИДАМИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ. (УК-1, УК-2, УК-3)

Возраст	Виды деятельности
1 год	а) сюжетная игра
2 года	б) манипуляции с игрушками
3 года	в) сюжетно-отобразительная

##### 2 задание.

Инструкция: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ВОЗРАСТНЫМ ЭТАПОМ РАЗВИТИЯ И ВИДАМИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (УК-1, УК-2, УК-3)

Возраст	Виды деятельности
1. 3–4 года	а) игровая
2. 4–5 лет	б) бытовая
3. 5–7 лет	в) конструктивная
	г) трудовая
	д) учебная
	е) изобразительная

##### 3 задание.

Инструкция: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ВОЗРАСТНЫМ ЭТАПОМ РАЗВИТИЯ И ПРЕДМЕТНЫМИ ДЕЙСТВИЯМИ. (УК-1, УК-2, УК-3)

<b>Возраст</b>	<b>Характерные особенности действий с предметами</b>
1. 3–4 года	а) моделирующие действия восприятия
2. 5–6 лет	б) интериоризация действий
3. 6–7 лет	в) систематическое планомерное обследование
	г) зрительное восприятие
	д) планомерное, последовательное обследование
	е) рассматривание, выделение отдельных частей, признаков

**4 задание.**

Инструкция: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ВОЗРАСТОМ И УРОВНЕМ РАЗВИТИЯ РЕЧИ, МЫШЛЕНИЯ(УК-1, УК-2, УК-3)

<b>Возраст</b>	<b>Сочетание речи, практических действий, мышления</b>
1. 3–4 года	а) речь — умственное действие
2. 4–5 лет	б) практическое действие — речь
3. 5–7 лет	в) практическое действие одновременно с речью
	г) умственное действие — речь — практическое действие

**5 задание.**

Инструкция: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ГРУППАМИ И ВИДАМИ ЧУВСТВ(УК-1, УК-2, УК-3)

<b>Группы чувств</b>	<b>Виды чувств</b>
1. Интеллектуальные	а) любопытство
2. Эстетические	б) чувство комического
3. Моральные	в) удивление
	г) дружба
	д) любознательность
	е) чувство прекрасного
	ж) гордость
	з) чувство нового
	и) чувство героического
	к) чувство стыда
	л) чувство юмора

**6 задание.**

Инструкция: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ГОТОВНОСТЬЮ К ШКОЛЕ И ЕЕ ХАРАКТЕРИСТИКОЙ:

<b>Готовность к школе</b>	<b>Характеристика</b>
1. Социально-личностная	а) принятие позиции школьника
2. Интеллектуальная	б) отношение к школе
3. Эмоциональная	в) ориентация в окружающем мире
4. Волевая	г) желание узнать новое
	д) соподчинение мотивов
	е) умение организовать рабочее место
	ж) умение общаться
	з) сенсорное развитие
	и) радостное ожидание начала обучения
	к) умение сочувствовать
	л) стремление достичь результата

**7 задание.**

Инструкция: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ЦЕЛЯМИ ВОСПИТАНИЯ И ИХ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ. (УК-1, УК-2, УК-3)

Цели воспитания	Характеристика целей воспитания
1) частные (рабочие)	а) указывают главное направление воспитательной деятельности всех учреждений образования, определяют характер педагогического воздействия на личность
2) общие (генеральные)	б) связаны с решением определенных воспитательных задач на различных этапах формирования личности
3) личные	в) цели конкретного воспитательного мероприятия, учебного занятия; направлены на формирование определенных знаний, конкретных способов мышления и деятельности
4) конкретные (оперативные)	г) учет этих целей придает процессу образования гуманистический, лично ориентированный характер

**8 задание.**

Инструкция: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ТЕОРИЯМИ ОБРАЗОВАНИЯ И ИХ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ: (УК-1, УК-2, УК-3)

Теории образования	Сущность теории образования
1) Теория материального образования	а) цель – развитие не столько академических знаний, сколько развитие ума, способностей к мыслительным операциям, логическому мышлению
2) Теория формального образования	в) главная цель – передать ученику как можно больше знаний из разных областей науки

**9 задание.**

Инструкция: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ПРИНЦИПАМИ ОБРАЗОВАНИЯ И ИХ СОДЕРЖАНИЕМ: (УК-1, УК-2, УК-3)

Принципы обновления содержания образования	Характеристики принципов обновления содержания образования
1) Гуманитаризация	А) расширение образовательного выбора обучающегося
	Б) организация профильных лицейских классов
	В) более полный учет интересов, возможностей и индивидуальных особенностей учащихся
2) Дифференциация	Г) учет при изучении естественнонаучных и математических дисциплин социальных и общекультурных смыслов и взаимосвязей изучаемых объектов и явлений
3) Гуманизация	Д) обновление содержания обучения в контексте развития мировой культуры
	Е) определение минимального уровня усвоения знаний, умений, навыков по каждому учебному предмету, обеспечивающего базовый уровень общего среднего образования
4) Стандартизация	Ж) унификация содержания обучения
	З) включение сведений из истории развития науки в содержание учебных дисциплин

**10 задание.**

Инструкция: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ МЕТОДАМИ И ПРИЕМАМИ ОБУЧЕНИЯ. (УК-1, УК-2, УК-3, ПК-9)

Методы обучения	Приемы обучения
1.Рассказ	а) последовательное раскрытие причинно-следственных связей
2.Объяснение	Б) использование задач на применение знаний на практике в различных (возможно, усложняющихся) ситуациях
3.Упражнение	В) организация учителем самостоятельного поиска учащихся
4.Дискуссия	Г) риторические вопросы преподавателя
5.Частично-поисковый	Д) направление учителем учащихся при поиске решения проблемы с помощью дополнительных вопросов
6.Исследовательский	Е) свободное обсуждение проблем

**11 задание.**

Инструкция: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ТИПОМ ОБУЧЕНИЯ И ЕГО ХАРАКТЕРИСТИКАМИ. (УК-1, УК-2, УК-3)

Тип обучения	Сущностные характеристики и признаки
1) Проблемное обучение	а) постановка проблемных задач Б) зона ближайшего развития личности ребенка
2) Развивающее обучение	В) ученик – субъект познания, собственной жизнедеятельности, культуры в целом Г) усвоение не только конкретных знаний и действий, но и овладение умениями конструировать учебную деятельность и управлять ею Д) создание на уроках учебно-социальных ситуаций Е) опора на опыт личности обучающегося
3) Личностно ориентированное обучение	Ж) частично – поисковый метод З) содержанием обучения выступают теоретические знания и обобщенные способы их применения при решении учебных задач

**12 задание.**

Инструкция: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ СПОСОБАМИ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ИХ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ. (УК-1, УК-2, УК-3)

Способы учебной деятельности	Основные характеристики учебной деятельности
1) Коллективная	а) взаимообучение
2) Индивидуально-обособленная	Б) пары сменного состава В) общеклассная форма обучения
3) Парная	Г) индивидуальная форма обучения (работа «один-на-один»)
4) Групповая	Д) фронтальная

**13 задание.**

Инструкция: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ПОДХОДАМИ К ВОСПИТАНИЮ И ЕГО ХАРАКТЕРИСТИКАМИ: (УК-1, УК-2, УК-3)

Подходы к осуществлению воспитания	Используемые термины и определения

1) Технократическая педагогика	А) «функциональный человек» Б) самоактуализация человека В) принцип модификации поведения учащихся Г) саморазвитие Д) манипулирование
2) Гуманистическая педагогика	

#### 14 задание.

Инструкция: УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ НАПРАВЛЕНИЯМИ ВОСПИТАНИЯ И ЗАДАЧАМИ: (УК-1, УК-2, УК-3)

Направление воспитания	Задачи воспитания
1) Идеологическое воспитание	а) формирование социальной активности и ответственности
	Б) развитие потребностей в самовоспитании
2) Гражданское и патриотическое воспитание	В) привитие основополагающих ценностей, идей, убеждений, отражающих сущность белорусской государственности
	Г) развитие потребностей в саморазвитии
	Д) формирование психологической культуры личности
3) Воспитание культуры самопознания и саморегуляции личности	Е) формирование правовой, информационной, политической культуры обучающихся
	Ж) воспитание патриотизма
	З) освоение учащимися знаний о мировоззренческих основах идеологии белорусского государства

### ПРАКТИКО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ЗАДАНИЯ для промежуточной аттестации

#### Задание 1

Семинар по иностранному языку. Перед преподавателем не только его группа, но и группа заболевшего преподавателя. Ребята ведут себя отвратительно: говорят в полный голос, ругаются, перекидываются записками, самолетиками и т. д.

Особенно выделяется один юноша. Преподаватель, стараясь не обращать внимания, ведет семинар, время от времени грозя всей галерке двойками. Очередное задание – подготовить пересказ текста. Через какое-то время преподаватель спрашивает самого шумного студента, готов ли он к пересказу. Тот отвечает, что может пересказать только первое предложение.

Преподаватель : «Значит, я ставлю тебе два».

Студент: «Нет, в таком случае я перескажу».

Преподаватель : «Поздно. Раньше надо было думать»

Студент: «Да я перескажу».

Такая перепалка продолжается еще несколько минут, в результате преподаватель ставит 46 баллов, а студент, уходит из аудитории, хлопает дверью.

Преподаватель, ничего не сказав, продолжает занятие.

**Задание:**

- определите стиль поведения преподавателя,
- пути более эффективного решения конфликтной ситуации
- что можно сказать об атмосфере в группе?
- на какой тип взаимоотношений со студентами ориентирован преподаватель?
- обоснуйте свой ответ.

**Задание 2**

Практическое занятие по иностранному языку.

Преподаватель просит тянущего руку студента начать чтение текста. Юноша заикается, и, чем больше он волнуется, тем сильнее. Возникает заминка.

Преподаватель ждет некоторое время, наблюдая за попытками юноши преодолеть первое слово, а затем начинает кричать, что он наверняка опять не сделал домашнее задание.

В аудитории кто-то начинает посмеиваться, кто-то опускает глаза. Юноша испуганно «прожевывает» трудное слово и пытается читать дальше.

**Задание:**

- определите стиль поведения преподавателя
- укажите эффективные пути решения выхода из конфликтной ситуации.
- что можно сказать об атмосфере в группе?
- на какой тип взаимоотношений со студентами ориентирован преподаватель?
- обоснуйте свой ответ.

**Задание 3**

В студенческой группе есть студент с ограниченными возможностями здоровья, и студенты из группы не упускают случая поиздеваться над физически и психологически неразвитым студентом.

Когда преподаватель спрашивает его, он запинаясь, боясь, что все будут лишь смеяться над его ответом. Преподаватель только вздыхает, упрекает и ставит 42 балла.

**Задание:**

- определите стиль поведения преподавателя
- укажите формы, методы взаимодействия преподавателя с данным студентом и с группой
- что можно сказать об атмосфере в группе?
- на какой тип взаимоотношений со студентами ориентирован преподаватель?
- обоснуйте свой ответ.

**Задание 4**

На семинаре с конца ряда передается записка. Студенты, молча читают ее, смотрят на потолок и хихикают, после чего передают записку дальше, не особо скрывая ее от преподавателя. Преподаватель видит записку, забирает ее, разворачивает и видит сообщение «*посмотри на потолок*». Он смотрит на потолок, в это время группа раздражается взрывом хохота.

Преподаватель выходит из себя. Пытается узнать, кто был инициатором этой идеи, грозит поставить плохие отметки.

**Задание:**

- как Вы думаете, чего хотели добиться студенты, создавая данную ситуацию
- как Вы считаете, как должен был поступить преподаватель в данной ситуации
- что можно сказать об атмосфере в группе?
- на какой тип взаимоотношений со студентами ориентирован преподаватель?
- обоснуйте свой ответ.

### **Задание 5**

Семинар. Примерно за 10 минут до конца урока, преподаватель вызывает к доске студента. Он должен решить задачу.

Звонит звонок. Преподаватель просит всех выйти из аудитории, а студента остаться и решить задачу. Но студенты группы не уходят, а обступают студента, который стоит у доски. Звучат реплики: «Это же элементарно» и т. д. В результате это начинает раздражать студента, и он просит преподавателя, что бы она попросила остальных выйти из аудитории.

Преподаватель подходит к толпе и смотрит на доску: Вы даже задачу не можете правильно переписать». Студенты начинают смеяться, а юноша хватается за рюкзак и выбегает из аудитории

#### **Задание:**

- что можно сказать об атмосфере в группе?
- на какой тип взаимоотношений со студентами ориентирован преподаватель?
- обоснуйте свой ответ.

### **Задание 6**

Студент отвечает на вопросы преподавателя. Материал он знает, но не может его подать; веселит своим ответом остальную группу и преподавателя. Юноша доволен собой и продолжает в том же духе. Когда ему ставят «4», он не понимает за что: он отвечал, преподаватель ему улыбался, – значит, ему понравился ответ.

На его недоумение преподаватель отвечает, что он допустил много ошибок. Студенты группы заступились за него и попросили поставить «5», но преподаватель остался при своем мнении. Юноша обиделся.

#### **Задание:**

- какие методы могут нормализовать отношения преподавателя и отвечающего студента
- как Вы думаете, преподаватель должен реагировать на обиду студента
- что можно сказать об атмосфере в группе?
- на какой тип взаимоотношений со студентами ориентирован преподаватель?
- обоснуйте свой ответ.

### **Задание 7**

Идет лекция, преподаватель рассказывает новую тему, а студент не слушает его и играет в телефон.

#### **Задание:**

- Ваши действия на данную ситуацию

### **Задание 8**

Несколько студентов опоздали на урок на 15 минут...

#### **Задание:**

- перечислите педагогические методы, которые возможно использовать в данной ситуации.

### **Задание 9**

В самом начале занятия или уже после того, как вы провели несколько занятий, студент заявляет вам: «Я не думаю, что вы, как педагог, сможете нас чему-то научить».

#### **Задание:**

- как должен поступить преподаватель в данной ситуации.

### **Задание 10**

Преподаватель дает студенту задание, а тот не хочет его выполнять и при этом заявляет: «Я не хочу это делать!»

**Задание:**

- определите наиболее эффективные методы, приемы урегулирования отношений
- на какой тип взаимоотношений со студентами ориентирован преподаватель?
- обоснуйте свой ответ.

**Задание 11**

Студент разочарован своими учебными успехами, сомневается в своих способностях и в том, что ему когда-либо удастся как следует понять и усвоить материал, и говорит преподавателю: «Как Вы думаете, удастся ли мне когда-нибудь стать хорошим врачом и не отставать от остальных студентов на курсе?»

Задание:

- Продолжите диалог
- Какие методы и приемы Вы рекомендуете использовать

**Задание 12**

Студент говорит о том, что данный предмет ему в профессиональной деятельности не пригодится и учить он его не хочет.

Задание:

- определите методы убеждения
- укажите приемы формирования профессиональной компетенции

**Задание 13**

«Раньше я была очень слабой и доброй. Я не умела ни выразиться крепко, ни защитить себя. Сейчас я совсем другая, все меня побаиваются... Можно быть талантливым, даже трижды талантливым, но если при этом у тебя нет хоть чуть-чуть жестокости, если ты не сильная личность, то ты ломаного гроша не стоишь... Наше время – это время сильных людей, которые умеют отстоять свое место в жизни».

«Мне кажется, что я могу ответить на вопрос: почему мои сверстники не хотят особенно чего-то достигать, что-то делать, из-за чего-то стараться».

Для нас не существует этого «чего-то»... Если бы мы жили в период войны, мы были бы другими. Тогда всем все было ясно – или ты честный защитник своей Родины, или ты предатель. А сейчас что защищать, кого?»

*Вопросы и задания*

1. О чем свидетельствуют эти суждения?
2. Сравните суждения и сделайте выводы.
3. Что можно сказать о ценностных ориентациях молодежи?
4. Какие педагогические советы можно дать в первом и во втором случае?

**Задание 14**

В один дом был приглашен на семейное торжество очень способный молодой человек. Собралось много гостей, и все долго не садились, дожидаясь его. Но он опаздывал. Так и не дождавшись, утомившиеся гости наконец заняли свои места. Юноша явился спустя час. Он не пытался извиниться за опоздание, лишь весело бросил на ходу: – Встретил знакомого, знаете (он небрежно назвал имя известного ученого), да и заболтался. Потом он, с трудом протискиваясь между мебелью и причиняя неудобство гостям, обошел стол и каждому сидящему фамильярно протягивал руку. За столом вел себя оживленно, говорливо и на весь вечер завладел застольной беседой. Другим он почти не давал и рта раскрыть – говорил сам или комментировал каждое слово окружающих.

*Вопросы и задания*

1. Дайте оценку поведения юноши.
2. Что необходимо знать каждому человеку об общении с людьми?
3. Что может служить причиной такого типа поведения молодого человека?
4. Что бы вы делали, оказавшись в компании такого человека?

### **Задание 15**

Мы много спорили с подругой – какую профессию выбрать. И то вроде не подходит, и это...

– Я точно знаю, куда не пойду: в учителя – не хочу портить нервы; не пойду в химическое производство, так как от общения с химическими препаратами можно потерять здоровье; на фабрику не пойду, так как там превратишься в робота, выполняя механическую и однообразную работу. Я хочу, чтобы на моей работе не портилось здоровье и было интересно. Хотелось, чтобы она была связана с животными и большим количеством поездок.

– Тогда тебе нужно идти работать мед. представителем! – воскликнула подруга и добавила, – а по мне – лишь бы получать прилично.

Я потом долго думала. Сомневаюсь, есть ли у меня талант для мед представителя. Может быть, подруга права, и, если нет призвания, надо думать о зарплате?

*Вопросы и задания*

1. Каковы мотивы выбора профессии у девушек?
2. Какой прием педагогического воздействия был использован в данной ситуации?

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Ивановская государственная медицинская академия»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Институт последипломного образования

**Приложение 1**

к рабочей программе дисциплины  
Патология (модуль: Клиническая  
патофизиология)

**Оценочные средства и методические материалы  
для проведения промежуточной аттестации по дисциплине  
«Патология»**

**модуль: «Клиническая патофизиология»**

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Направление подготовки: **31.08.21 Психиатрия-наркология**

Квалификация выпускника: **врач – психиатр-нарколог**

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б1.Б.5

# 1. Паспорт ОС по дисциплине «Патология» (модуль – Клиническая патофизиология)

## 1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	1 год обучения
ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	1 год обучения

## 1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
1.	УК-1	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- клиническое значение патофизиологических исследований в единой системе диагностики и лечения заболеваний на основе принципов доказательной медицины</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- анализировать и интерпретировать результаты наиболее распространенных современных методов диагностики для диагностики заболеваний и контроля за эффективностью проводимого лечения</li> </ul>	<p><i>Комплекты:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>тестовых заданий</i></li> <li>2. <i>ситуационных задач</i></li> </ol>	<p><i>Зачет</i></p> <p><i>1 или 2 семестры (в соответствии с годовым расписанием)</i></p>
2.	ПК-5	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- вопросы общей и частной патофизиологии с учётом возрастных особенностей организма;</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- провести квалифицированную диагностику заболеваний с нарушениями терморегуляции, воспаления, нарушения гомеостаза, синдрома полиорганной недостаточности, на основе современных объективных клинко-физиологических, клинко-лабораторных и функциональных методов обследования пациентов;</li> </ul> <p><b>Владеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- методами диагностики нарушений в системе терморегуляции, воспаления, синдроме полиорганной недостаточности при использовании результатов объективных клинко-физиологических, функциональных, и клинко-лабораторных методов обследования пациентов;</li> <li>- основными подходами в диагностике смежных заболеваний при использовании результатов объективных клинко-физиологических, функциональных, и клинко-лабораторных методов исследования</li> </ul>	<p><i>Комплекты:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>тестовых заданий</i></li> <li>2. <i>ситуационных задач</i></li> </ol>	<p><i>Зачет</i></p> <p><i>1 или 2 семестры (в соответствии с годовым расписанием)</i></p>

## 2. Оценочные средства

### 2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий

#### 2.1.1. Содержание

**Примеры тестовых заданий с инструкцией по выполнению для ординаторов, эталонами ответов и оценочными рубриками для каждого задания: Оценка сформированности ПК-5**

1. Что относится к дистантным эффектам цитокинов?
  - a) Угнетение синтеза белков гепатоцитами
  - b) Угнетение гемопоза
  - c) Субфебрильная температура, психическая возбужденность
  - d) **Развитие иммунного ответа**
2. Различие между эффектом действия адреналина и норадреналина:

А.адреналин.

Б норадреналин

- 1.увеличение систолического давления
- 2.увеличение сосудистого кровотока и работы сердца
3. расслабление бронхиальной мускулатуры
4. мидриаз
- 5 снижение диастолического давления
6. увеличение диастолического давления.
- 7.рефлекторная брадикардия.

Отв А.1.2.3.5 Б 1.6.7

#### 2.1.2. Критерии и шкала оценки

Отметка «зачтено» на этапе тестирования выставляется, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. При доле правильных ответов менее 71% ординатор на следующий этап зачета не допускается.

#### 2.1.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания:

Компьютерный тест проводится на заключительном занятии цикла. Имеются вариант тестов из 20 вопросов. Продолжительность тестирования – 20 минут. На каждый вопрос необходимо дать один правильный ответ. Тестовый контроль считается успешно пройденным, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. В случае не сдачи зачета ординатор должен пересдать тест до достижения результата не менее 71% правильных ответов. График отработок теста вывешивается на кафедре заранее.

### 2.2. Оценочное средство: комплект ситуационных задач.

#### 2.2.1. Содержание

**Примеры ситуационных задач (УК-1, ПК-5):**

**Задача 1.** У ребенка 6 лет появилась одышка, кашель, боль в груди, озноб, температура тела повысилась до 39,8<sup>0</sup>С. Вызванный врач диагностировал острую пневмонию. Мать заметила, что повышение температуры сопровождалось увеличением диуреза. Объясните механизм полиурии при лихорадке. Какой стадии лихорадки это соответствовало?

Ответ:

В данном случае полиурия сопровождала *I стадию лихорадки* (стадию повышения температуры). Подъем температуры тела при лихорадке происходит, главным образом, за счет спазма периферических сосудов (при этом значительно уменьшается теплоотдача). В то же время, ограничение артериального притока к коже приводит к перераспределению крови в сосудистом русле и централизации кровотока → повышается гидростатическое давление в аорте → увеличивается эффективное фильтрационное давление → возрастает диурез.

**Задача 2.** В стационар поступила женщина А. 42 лет с лихорадкой интермитирующего типа. А. заболела остро (десять дней тому назад) после перенесенной респираторно-вирусной инфекции. Лечение в амбулаторных условиях антибиотиками из группы макролидов, антигистаминными и НПВП должного эффекта не дали.

Жалобы при поступлении на миалгии и боли во всех группах суставов.

При осмотре: пятнисто-папулезная сыпь на боковых поверхностях грудной клетки и внутренних поверхностях бедер, усиливающаяся при повышении температуры тела; увеличение периферических лимфоузлов, печени (+3 см) и селезенки (+1,5 см), расширение границ сердца, тахикардия (до 140 сокращений) сердца в минут.

Общий анализ крови: лейкоциты  $27 \cdot 10^9/\text{л}$  (п/я нейтрофилы 9%, с/я нейтрофилы 92%), СОЭ 65мм/час, Hb 90г/л, эритроциты  $3,9 \cdot 10^{12}$ , Тромбоциты  $600 \cdot 10^9$ ; биохимические показатели крови: повышен уровень фактора некроза опухолей-альфа, интерлейкинов 1, 6 и 17.

Диагноз при поступлении: ревматоидный артрит (?).

Вопросы:

1. Назовите симптомы патологического процесса и объясните их патогенез.
2. Оцените результаты общего анализа крови и объясните патогенез изменений.

### 2.2.2. Критерии и шкала оценки

Компетенция	Высокий уровень (10-7)	Средний уровень (6-4)	Низкий уровень (3-1)	0 баллов
УК-1	<u>Умеет</u> Самостоятельно и без ошибок анализировать и интерпретировать результаты наиболее распространенных современных методов диагностики	<u>Умеет</u> Самостоятельно анализировать и интерпретировать результаты наиболее распространенных современных методов диагностики, но совершает отдельные ошибки	<u>Умеет</u> анализировать и интерпретировать под руководством преподавателя результаты наиболее распространенных современных методов диагностики	<u>Не умеет</u> анализировать и интерпретировать результаты наиболее распространенных современных методов диагностики
ПК-5	<u>Умеет</u> самостоятельно и без ошибок провести квалифицированную диагностику заболеваний с нарушениями терморегуляции, воспаления, нарушения гомеостаза, синдрома полиорганной недостаточности на основе современных объективных клинико-физиологических,	<u>Умеет</u> самостоятельно провести квалифицированную диагностику заболеваний с нарушениями терморегуляции, воспаления, нарушения гомеостаза, синдрома полиорганной недостаточности на основе современных объективных клинико-физиологических,	<u>Умеет</u> под руководством преподавателя провести квалифицированную диагностику заболеваний с нарушениями терморегуляции, воспаления, нарушения гомеостаза, синдрома полиорганной недостаточности на основе современных объективных клинико-	<u>Не умеет</u> провести квалифицированную диагностику заболеваний с нарушениями терморегуляции, воспаления, нарушения гомеостаза, синдрома полиорганной недостаточности и на основе современных объективных клинико-физиологическ

<p>клинико-лабораторных и функциональных методов обследования пациентов</p> <p><b><u>Владеет</u></b> основными подходами в диагностике смежных заболеваний при использовании результатов объективных клинико-физиологических, функциональных, и клинико-лабораторных методов исследования</p>	<p>лабораторных и функциональных методов обследования пациентов, <u>но совершает отдельные ошибки</u></p> <p><b><u>Владеет</u></b> основными подходами в диагностике смежных заболеваний при использовании результатов объективных клинико-физиологических, функциональных, и клинико-лабораторных методов исследования <u>но совершает отдельные ошибки</u></p>	<p>физиологических, клинико-лабораторных и функциональных методов обследования пациентов</p> <p><b><u>Владеет</u></b> основными подходами в диагностике смежных заболеваний при использовании результатов объективных клинико-физиологических, функциональных, и клинико-лабораторных методов исследования <u>с помощью преподавателя</u></p>	<p>их, клинико-лабораторных и функциональных методов обследования пациентов по специальности</p> <p><b><u>Не владеет</u></b> основными подходами в диагностике смежных заболеваний при использовании результатов объективных клинико-физиологических, функциональных, и клинико-лабораторных методов исследования</p>
---	--	---	---

### 2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания:

На подготовку по практико-ориентированному заданию ординатору дается 20 мин, продолжительность ответа – 10 мин.

### 3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине

К зачету по дисциплине «Патология» (модуль: Клиническая патофизиология) допускается ординатор, не имеющий пропусков занятий. Итоговая отметка определяется с учетом результатов тестирования и выполнения ситуационных задач.

Отметка «зачтено» по дисциплине выставляется ординатору, имеющему результаты тестирования не менее 71% правильных ответов и показавшему высокий, средний или низкий уровень формирования компетенции.

## ТЕСТЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Оцениваемые компетенции: ПК-5

Выберите один верный ответ.

2. Какого механизма воздействия цитокинов не существует?
  - a) Аутокринный
  - b) Дистантный
  - c) Мезокринный
  - d) Паракринный
3. Что относится к дистантным эффектам цитокинов?
  - e) Угнетение синтеза белков гепатоцитами
  - f) Угнетение гемопоэза
  - g) Субфебрильная температура, психическая возбужденность
  - h) Развитие иммунного ответа
4. С увеличения продукции какого гормона начинается стресс-реакция?
  - a) АКТГ
  - b) СТГ
  - c) Вазопрессин
  - d) Окситоцин
5. К «продромальному синдрому» не относят?
  - a) Лихорадка
  - b) Запоры
  - c) Миалгии, артралгии
  - d) Общая слабость, разбитость
6. К объективным проявлениям ответа острой фазы относится?
  - a) Гипогаммаглобулинемия
  - b) Гипоальбуминемия
  - c) Снижение СОЭ
  - d) Лейкопения
7. С какой стадии начинается ДВС-синдром?
  - a) Коагулопатия потребления
  - b) Гипокоагуляции
  - c) Гиперкоагуляции и тромбообразования
  - d) Интенсивное потребление факторов системы гемостаза
8. Какие провоспалительные цитокины являются ключевыми?
  - a) ИЛ-1, ИЛ-6, ФНО- $\beta$
  - b) ИЛ-1, ИЛ-10, ФНО- $\beta$
  - c) ИЛ-6, ИЛ-10, ФНО- $\alpha$
  - d) ИЛ-1, ИЛ-6, ФНО- $\alpha$
9. Какого механизма развития дыхательной недостаточности при «дефиците сурфактанта» не существует?
  - a) Альвеолярная гиповентиляция
  - b) Нарушение перфузии легких
  - c) Повышение диффузионной способности альвеоло-капиллярных мембран
  - d) Нарушение вентиляционно-перфузионных отношений
10. Особенности углеводного обмена при СПОН являются?
  - a) Усиление глюконеогенеза
  - b) Усиление глюкогенолиза
  - c) Снижение использования глюкозы тканями
  - d) Повышение использования глюкозы тканями
11. К проявлениям 2 стадии ДВС-синдрома относят?
  - a) Гиперфибриногенемия
  - b) Повышение концентрации в крови антитромбина 3
  - c) Кровотечение из поврежденных сосудов

d) Значительный тромбоцитоз

Сопоставьте термин и определение

12. Механизм действия цитокинов:

1. аутокринный
  2. паракринный
  3. дистантный
- А. действие на продуцирующую клетку  
Б. действие на близрасположенные клетки  
В. действие на расстоянии за счет кровотока.  
Г. Эндокринный.

13. Различие между эффектом действия адреналина и норадреналина:

- А. адреналин.  
Б. норадреналин
1. увеличение систолического давления
  2. увеличение сосудистого кровотока и работы сердца
  3. расслабление бронхиальной мускулатуры
  4. мидриаз
  5. снижение диастолического давления
  6. увеличение диастолического давления.
  7. рефлекторная брадикардия.

14. Разделите белки острой фазы на группы:

- А. негативная  
Б. позитивная
1. церулоплазмин
  2. альбумин
  3. трансферрин
  4. С3 компонент

15. Стадии развития РДС и их характеристики:

- А. 1 стадия  
Б. 2 стадия  
В. 3 стадия
1. тахикардия. тахипноэ
  2. одышка в покое
  3. спутанность сознания
  4. на рентгенограмме усиление легочного рисунка
  5. на рентгенограмме слияние очаговых теней
  6. эйфория
  7. ослабление дыхания аускультативно

Выберите все верные ответы

16. Перечислите дистантные эффекты цитокинов:

- А. адгезия лейкоцитов  
Б. склонность к кровотечению.  
В. пролиферация лимфоцитов  
Г. активация белков острой фазы  
Д. ускорение роста

Е. нарушение памяти

17. Перечислите белки острой фазы, количественные изменения которых связано как с дефицитом или избытком железа, так и с воспалением.

- А. трансферрин
- Б. гаптоглобин
- В. церулоплазмин
- Г. СРБ
- Д. лактоферрин

18. Характеристика ответа острой фазы:

- А. лейкопения
- Б. гипоальбуминемия
- В. увелочение СОЭ
- Г. моноцитоз
- Д. гипергаммаглобулинемия

19. Стимулянты синтеза сурфактанта:

- А. катехоламины
- Б. инсулин
- В. глюкокортикоиды
- Г. Эстрогены
- Д. андрогены

20. Перечислите стадии ДВС в порядке появления:

- А. Тромбообразование
- Б. гиперкоагуляция
- В. Гипокоагуляция
- Г. коагулопатия потребления

## СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Оцениваемые компетенции: УК-1, ПК-5

**Задача 1.** У ребенка 6 лет появилась одышка, кашель, боль в груди, озноб, температура тела повысилась до  $39,8^{\circ}\text{C}$ . Вызванный врач диагностировал острую пневмонию. Мать заметила, что повышение температуры сопровождалось увеличением диуреза. Объясните механизм полиурии при лихорадке. Какой стадии лихорадки это соответствовало?

**Задача 2.** В стационар поступила женщина А. 42 лет с лихорадкой интермитирующего типа. А. заболела остро (десять дней тому назад) после перенесенной респираторно-вирусной инфекции. Лечение в амбулаторных условиях антибиотиками из группы макролидов, антигистаминными и НПВП должного эффекта не дали. Жалобы при поступлении на миалгии и боли во всех группах суставов. При осмотре: пятнисто-папулезная сыпь на боковых поверхностях грудной клетки и внутренних поверхностях бедер, усиливающаяся при повышении температуры тела;

увеличение периферических лимфоузлов, печени (+3 см) и селезенки (+1,5 см), расширение границ сердца, тахикардия (до 140 сокращений) сердца в минут. Общий анализ крови: лейкоциты  $27 \cdot 10^9/\text{л}$  (п/я нейтрофилы 9%, с/я нейтрофилы 92%), СОЭ 65 мм/час, Hb 90 г/л, эритроциты  $3,9 \cdot 10^{12}$ , Тромбоциты  $600 \cdot 10^9$ ; биохимические показатели крови: повышен уровень фактора некроза опухолей-альфа, интерлейкинов 1, 6 и 17. Диагноз при поступлении: ревматоидный артрит (?).

Вопросы:

1. Назовите симптомы патологического процесса и объясните их патогенез.
2. Оцените результаты общего анализа крови и объясните патогенез изменений.

**Задача 3.** Мальчик М. 5 лет, осмотрен педиатром в связи с жалобами на заложенность и выделения из носа, чихание.

Впервые вышеуказанные симптомы появились 2 года назад в апреле. Мальчика беспокоил сильный зуд и жжение глаз, слезотечение, светобоязнь, гиперемия конъюнктивы. Позднее к описанным клиническим проявлениям присоединились зуд в области носа и носоглотки, заложенность носа, затрудненное носовое дыхание. Некоторое облегчение приносили антигистаминные препараты и сосудосуживающие капли местно. В июне симптомы заболевания прекратились. Мать ребенка страдает экземой, а у самого ребенка до 3 лет отмечался атопический дерматит.

При осмотре: мальчик нормального телосложения. Кожные покровы чистые, сухие. Дыхание через нос затруднено, мальчик чихает, почесывает нос. Из носа обильные водянистые выделения. Веки отечны, конъюнктивита гиперемирована, слезотечение. Одышки нет. Дыхание в легких пуэрильное. Тоны сердца ритмичные, громкие. Живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Задания:

1. Назовите патологическое состояние, возникшее у ребенка.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для постановки окончательного диагноза?
3. Объясните механизм нарушений.

**Задача 4. Больная Л., 34 лет.** Жалуется на избыточную массу тела, повышенную утомляемость, периодическую боль в правом подреберье, усиливающуюся после приема пищи. Appetit нормальный. Ограничения в питании переносит хорошо. Масса тела значительно увеличилась 5 лет тому назад после родов. Любит мучные изделия, сладости. Отец и мать страдают ожирением 1-2 ст. Младший брат имеет ожирение 1 ст. Объективно. Рост - 168 см, масса тела - 96 кг. Отложение подкожной жировой клетчатки равномерное. Кожа обычной окраски и влажности. Пульс - 78 ударов в мин., ритмичный. АД - 135/80 мм.рт.ст. ГОСТ в пределах нормы. Тоны сердца ослаблены. Дыхание везикулярное. Нижний край печени выступает из-под реберной дуги на 2 см, безболезненный. Вторичные половые признаки развиты нормально. Щитовидная железа не увеличена.

Дополнительные исследования. Тест с сахарной нагрузкой: натощак - 5.5 ммоль/л, через 2 часа - 7.5 ммоль/л

Задания:

3. Назовите патологическое состояние, возникшее у ребенка.
4. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для постановки окончательного диагноза?
3. Объясните механизм нарушений.

**Задача 5.** Пациенту, обратившемуся к врачу с жалобами на повышенную утомляемость, слабость, провели исследование крови. При исследовании получены следующие результаты:

Эритроциты м. 4,5-5,0Т/л ж.3,5 -4,5 Т/л	Гемоглобин м. 130— 160 г/л ж. 120 -140 г/л	Цветовой показатель 0,86-1.1	Ретикулоциты 0,2-10%	Тромбоциты 200-300 Г/л
<b>2,8 Т/л</b>	<b>56 г/л</b>	<b>?</b>	<b>0,2 %</b>	<b>300 Г/л</b>

Анизоцитоз **+++** (микроциты)

пойкилоцитоз **+++**

Проэритроциты - единичные

Лейкоциты	базофилы	эозинофилы	нейтрофилы				Лимфоциты	Моноциты
			миело- циты	метами- елоциты	палочко- ядерные	сегменто- ядерные		
Норма 4,5- 9,0Г/л	0,5-1,0 %	1,0- 5,0%	-	-	1,0-5,0%	50-72%	18-38%	2—10%
<b>3,6 Г/л</b>	-	<b>3</b>	-	-	<b>4</b>	<b>56</b>	<b>29</b>	<b>8</b>

скорость оседания эритроцитов (СОЭ) -15 мм/ч (м. 1—10 мм/час) (ж. 2—15 мм/час)

Содержание железа в плазме крови 160 мкг/л (в норме 1000 мкг/л или 2,86 мкмоль/л)

Задания:

- 1) Определите отклонения от нормы
- 2) Назовите патологическое состояние, возникшее у пациента
- 3) Дайте характеристику патологического состояния по существующим классификациям

**Задача 6.** Пациенту, находящемуся в реанимационном отделении, провели исследование крови. При исследовании получены следующие результаты:

Эритроциты м. 4,5-5,0Т/л ж.3,5 -4,5 Т/л	Гемоглобин м. 130— 160 г/л ж. 120 -140 г/л	Цветовой показатель 0,86-1.1	Ретикулоциты 0,2-10%	Тромбоциты 200-300 Г/л
<b>2,5 Т/л</b>	<b>60 г/л</b>	<b>?</b>	<b>5,5 %</b>	<b>280 Г/л</b>

Анизоцитоз **±**

Проэритроциты - 4-5 на 100 клеток

Полихроматофилия **++**

Лейкоциты	базофилы	эозинофилы	нейтрофилы				Лимфоциты	Моноциты
			миело- циты	метами- елоциты	палочко- ядерные	сегменто- ядерные		
Норма 4,5-9,0 Г/л	0,5-1,0 %	1,0- 5,0%	-	-	1,0-5,0%	50-72%	18-38%	2—10%
<b>15,2 Г/л</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>13</b>	<b>57</b>	<b>12</b>	<b>6</b>

скорость оседания эритроцитов (СОЭ) - 20 мм/ч (м. 1—10 мм/час) (ж. 2—15 мм/час)

Задания:

- 1) Определите отклонения от нормы
- 2) Назовите патологическое состояние, возникшее у пациента
- 3) Дайте характеристику патологического состояния по существующим классификациям

**Задача 7.** При исследовании крови у пациента онкологического отделения получены следующие результаты:

Лейкоциты	базофилы	эозинофилы	нейтрофилы				Лимфоциты	Моноциты
			миело-циты	мета-миелоциты	палочко-ядерные	сегментно-ядерные		
Норма 4,5-9,0 Г/л	0,5-1,0 %	1,0-5,0%	-	-	1,0-5,0%	50-72%	18-38%	2—10%
	0,022-0,095 Г/л	0,045-0,07 Г/л	-	-	0,045-0,47 Г/л	2,23 - 6,8 Г/л	0,81 - 3,6 Г/л	0,09- 0,5 Г/л
11 Г/л	-	1	-	-	8	61	26	4

**токсогенная зернистость в цитоплазме лейкоцитов**

скорость оседания эритроцитов (СОЭ) – 20 мм/ч (м. 1—10 мм/час) (ж.2—15 мм/час)

Задания:

- 1) Определите отклонения от нормы
- 2) Назовите патологическое состояние, возникшее у пациента
- 3) Дайте характеристику патологического состояния по существующей классификации

**Задача 8.** У больного отмечается отсутствие реакции больного на просьбу, произнесенную обычным или громким голосом, и выполнение ее в ответ на тихую или шепотную речь.

Задание:

- 1) Объясните механизм данного симптома

**Задача 9.** У больного 52 лет, директора школы, курильщика, в течение двух месяцев наблюдаются приступы сжимающих болей за грудиной, связанные с быстрой ходьбой, подъемами по лестнице. Боль иррадирует в левую руку, лопатку, длится 3-5 мин, проходит после приема нитроглицерина или в покое. За неделю до поступления в клинику приступы загрудинных болей участились до 3-6 раз в сутки, дважды возникали в покое. Боль стала интенсивнее, за сутки принимал до 8-10 таблеток нитроглицерина.

При осмотре состояние удовлетворительное, повышенного питания, рост 165 см, масс тела – 90 кг, цианоза нет. ЧД – 18 в 1 мин. Легкие без патологии. Границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Ритм правильный. ЧСС-82 уд/мин. АД –130/80 мм рт. ст. Печень не увеличена, отеков нет.

В крови: холестерин – 7,5 ммоль/л (норма –5,6 ммоль/л). Тропониновый тест отрицательный.

Задания:

- 1) Назовите патологическое состояние, возникшее у пациента.

- 2) Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для постановки окончательного диагноза?
- 3) Объясните механизм нарушений.

**Задача 10.** У пациента 42 лет с приобретенным пороком митрального клапана (недостаточность митрального клапана) в результате ранее перенесенного ревматизма обнаружены изменения: расширение границ сердца, увеличение печени, асцит, снижение суточного диуреза, выраженные отеки нижних конечностей; в крови - увеличение уровня альдостерона.

Задания:

- 1) Охарактеризуйте состояние сердечно-сосудистой системы.
- 2) Обоснуйте механизмы возникших изменений.

Принципы патогенетической терапии.

**Задача 11.** Больная С., 25 лет, поступила в клинику с жалобами на головные боли, боли в поясничной области, отеки на лице, общую слабость. Месяц тому назад перенесла ангину.

При поступлении АД - 180/110 мм. рт. ст. Анализ крови: эритроциты – 3,1 Т/л, лейкоциты – 12,6 Г/л, СОЭ - 28 мм/час. В моче – выраженная протеинурия, микрогематурия, лейкоцитурия.

Задания:

- 1) О каком патологическом процессе идет речь? Обоснуйте свое заключение.

Каковы причины и механизмы повышения артериального давления в данном случае?

**Задача 12.** Пациент М., 62 лет. Жалуется на тяжесть в голове, пошатывание при ходьбе, периодическую тошноту, пелену перед глазами. Около 5 лет назад при профилактическом осмотре отмечено повышение артериального давления. Были назначены гипотензивные препараты, которые не дают эффекта. АД сам не измеряет.

При обследовании: выглядит старше своих лет, повышенного питания, индекс массы тела 32,6 кг/м<sup>2</sup>. Границы сердца не расширены, при аускультации сердца: 1-й тон ослаблен, акцент 2-го тона над аортой, систолический шум в проекции правой почечной артерии (от середины расстояния от пупка до мечевидного отростка 3 см вправо). Пульс 84 в минуту, ритмичный, напряженный, резистентность лучевой артерии повышена. АД 240/125 мм рт. ст. Моча без изменений. УЗИ почек: левая почка 11,5 X 6,4; правая 10,2 X 5,4, чашечно-лоханочная система не расширена.

Задания:

- 1) Развитие какой формы патологии можно предположить у пациента?
- 2) Объясните механизмы изменений.

**Задача 13.** На производстве произошел взрыв воспламеняющегося вещества. Находившийся рядом рабочий, 32 лет, взрывной волной был отброшен на несколько метров. Одежда загорелась. При осмотре врачом СМП: выявлены ожоги I – II – III степени лица, обеих верхних конечностей, передней поверхности грудной клетки.

Больной в сознании, заторможен. Жалобы на боли в местах, пораженных пламенем, сильные боли в животе. Цианоз и акроцианоз. Голос «осиплый». На задней стенке глотки следы копоти, OD = OS. Дыхание самостоятельное, затруднено, с участием вспомогательной мускулатуры, ЧДД – 30 – 32/мин. Аускультативно с обеих сторон выслушиваются сухие и влажные хрипы. Тоны сердца ясные. АД 100/40 мм рт. ст. Пульс

132 в минуту, слабого наполнения и напряжения. Живот при пальпации напряжен, болезненный, особенно в эпигастрии.

Задания:

- 1) Какую форму патологии можно предположить в данном случае? Объясните механизмы основных проявлений.

**Задача 14.** Мужчина К., 18 лет, во время автомобильной катастрофы получил множественные переломы конечностей, ушибы головы и туловища. В клинику доставлен через 1 час после травмы. Больной в тяжелом состоянии, без сознания. Кожные покровы бледные, покрыты холодным, липким потом. Зрачки узкие, с вялой реакцией на свет. Дыхание поверхностное. Тоны сердца приглушены. Пульс едва прощупывается. Артериальное давление - 60/40 мм рт. ст.

Задания:

- 1) Определите, о каком патологическом процессе идет речь.
- 2) Объясните механизм понижения артериального давления при данной патологии.

**Задача 15.** Больной Г., 42 лет, страдающий гипертонической болезнью, обратился к врачу с жалобами на прогрессирующее ожирение, слабость, повышенную физическую и умственную утомляемость, потливость, частые головные боли. Масса тела постепенно увеличивалась в течение последних 3 лет после того, как больной стал вести малоподвижный образ жизни.

При осмотре: рост 170 см, масса тела 97 кг. Распределение подкожного жира по мужскому типу. Имеется отеки стоп и голеней. В состоянии покоя отмечается одышка. Артериальное давление 190/95 мм рт. ст. Анализ крови на глюкокортикоиды и йодсодержащие гормоны щитовидной железы без особенностей. Общие анализы крови и мочи – без особенностей.

Задание:

- 1) Какая форма патологии имеется у больного?
- 2) Объясните механизмы возникших изменений.
- 3) Объясните механизм отеков.

**Задача 16.** Больная С., 18 лет обратилась к врачу с жалобами на сильную слабость, ощущение во рту сухости, жажду, частые мочеиспускания, судороги в икроножных мышцах, исхудание, фурункулез. При обследовании было обнаружено: температура тела 37,2<sup>0</sup>С, в легких дыхание везикулярное, пульс 80 уд. в мин, артериальное давление 120/80 мм рт. ст., живот мягкий, безболезненный, на спине и лице фурункулы.

Задания:

- 1) О каком заболевании можно думать в данном случае?
- 2) Какие дополнительные исследования необходимы?

**Задача 17.** У пациента выявлены увеличение размеров гипофиза и гиперплазия коры надпочечников. При дополнительном исследовании обнаружен ряд изменений:

- а) АД – 190/95 мм рт. ст.;
- б) содержание глюкозы 18,9 ммоль/л;
- в) глюкозурия;
- г) лунообразное лицо;
- д) рубцы багрового цвета на коже бёдер;

е) гирсутизм.

Задания:

- 1) Определите, при какой патологии эндокринной системы наблюдаются указанные изменения.
- 2) Перечислите основные механизмы развития артериальной гипертензии и других проявлений.

**Задача 18.** Мужчина 35 лет доставлен в хирургическое отделение с жалобами на интенсивные боли в правом подреберье, желтую окраску кожи и слизистых. При исследовании пигментного обмена были выявлены следующие изменения:

Пигменты	Кровь	Моча	Экскременты
Билирубин непрямой	норма	-	-
Билирубин прямой	+++	+++	-
Мезобилиноген	-	-	-
Стеркобилиноген	-	-	-
Желчные кислоты	+++	+++	-

Задания:

- 1) Перечислите отклонения от нормы.
- 2) Определите, какая форма патологии развилась у пациента.

Назовите причины данной патологии и объясните механизм ее развития.

**Задача 19.** У новорожденного ребенка длительное время отмечается желтая окраска кожи и слизистых. При исследовании пигментного обмена были выявлены следующие изменения:

Пигменты	Кровь	Моча	Экскременты
Билирубин непрямой	Повышен	-	-
Билирубин прямой	-	-	-
Мезобилиноген	-	-	-
Стеркобилиноген	Снижен	снижен	снижен
Желчные кислоты	-	-	-

Задания:

- 1) Перечислите отклонения от нормы
- 2) Определите, какая форма патологии развилась у пациента.

Назовите причины данной патологии и объясните механизм ее развития.

**Задача 20.** У обследуемого А. при исследовании функции внешнего дыхания получены следующие результаты:

Показатели	Должная	Фактическая	% от должной величины
Жизненная емкость легких	5,39	3,1	58 %
Объем форсированного выдоха за 1 с	4,22	3,02	72 %
ОФВ <sub>1</sub> / ЖЕЛ (тест Тиффно)	80 %	97 %	121 %

Задания:

- 1) Определите тип нарушений функции внешнего дыхания.
- 2) Укажите возможные причины нарушений.

**Задача 21.** При исследовании состояния кислотообразующей функции желудка (рН-метрия) у пациента получены следующие результаты:

Показатель	Результат
Базальная рН в теле желудка	1,7 (нормацидность)
Базальная рН в антральном отделе	3,5(субкомпенсация ощелачивания)
Щелочное время натощак	25 мин (нормальная интенсивность продукции HCl)
Стимулированная рН в теле желудка	1,2 (гиперацидность)
Стимулированная рН в антральном отделе	1,9 (декомпенсация ощелачивания)
Щелочное время после стимуляции	9 мин (повышение продукции HCl)

Задания:

- 1) Определите отклонения от нормы.
- 2) Определите тип патологической секреции.
- 3) Предположите возможные механизмы нарушений.

**Задача 22.** При дообследовании больной 57 лет по поводу впервые выявленного сахарного диабета 2-го типа выставлен диагноз – метаболический синдром.

Задания:

1. Какие разновидности локального ожирения Вы знаете и какое из них характерно для метаболического синдрома?
2. Механизм нарушений липидного обмена при метаболическом синдроме.
3. Назовите сигнальные молекулы паракринного и эндокринного действия, участвующих в патогенезе МС. Основные эффекты лептина.
4. Риск развития каких заболеваний значительно возрастает у пациентов с диагнозом метаболический синдром?

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Ивановская государственная медицинская академия»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Институт последипломного образования**

**Приложение 1  
к рабочей программе дисциплины  
Патология (модуль: Патологическая  
анатомия)**

**Оценочные средства и методические материалы  
для проведения промежуточной аттестации по дисциплине  
«Патология»**

**модуль: «Патологическая анатомия»**

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации  
Тип образовательной программы: программа ординатуры  
Направление подготовки: *31.08.21 Психиатрия-наркология*  
Квалификация выпускника: **врач – психиатр-нарколог**  
Форма обучения: очная  
Срок освоения образовательной программы: 2 года  
Код дисциплины: Б1.Б.5

## 1. Паспорт ОС по дисциплине «Патология» (модуль – Патологическая анатомия)

### 1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	1 год обучения
ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	1 год обучения
ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	1 год обучения

### 1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
1.	УК-1	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- клиническое значение патологоанатомического исследования в единой системе диагностики и лечения заболеваний на основе принципов доказательной медицины</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- анализировать и интерпретировать результаты наиболее распространенных современных методов диагностики для диагностики заболеваний и контроля за эффективностью проводимого лечения</li> </ul>	<p><i>Комплекты:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>тестовых заданий</i></li> <li>2. <i>ситуационных задач</i></li> </ol>	<p><i>Зачет</i></p> <p><i>1 или 2 семестры (в соответствии с годовым расписанием)</i></p>
2.	ПК-5	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- вопросы общей и частной патологической анатомии с учётом возрастных особенностей организма;</li> <li>- Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра;</li> <li>- этиологию, патогенез и патологическую анатомию заболеваний основных систем внутренних органов;</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- провести квалифицированную диагностику заболеваний на основе современных объективных клиничко-морфологических методов обследования пациентов;</li> <li>- провести дифференциальную диагностику, обосновать клинический диагноз при использовании данных прижизненного морфологического исследования;</li> </ul>	<p><i>Комплекты:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>тестовых заданий</i></li> <li>2. <i>ситуационных задач</i></li> </ol>	<p><i>Зачет</i></p> <p><i>1 или 2 семестры (в соответствии с годовым расписанием)</i></p>

		<p>- сформулировать клинический диагноз с выделением основного заболевания и его осложнений;</p> <p><b>Владеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- методами диагностики заболеваний при использовании результатов прижизненного морфологического исследования;</li> <li>- основными подходами в диагностике смежных заболеваний при использовании результатов прижизненного морфологического исследования;</li> </ul>		
1.	ПК-10	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- основы законодательства о здравоохранении и основные документы, определяющие деятельность патологоанатомической службы;</li> <li>- общие вопросы деятельности патологоанатомической службы в условиях страховой медицины;</li> <li>- принципы медицинской статистики, учета и анализа основных показателей деятельности патологоанатомической службы;</li> <li>- вопросы этики и деонтологии в патологической анатомии;</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- использовать этические нормы и правила осуществления патологоанатомических исследований в медицинских организациях</li> </ul>	<p><i>Комплекты:</i></p> <p>1. <i>тестовых заданий</i></p> <p>2. <i>ситуационных задач</i></p>	<p><i>Зачет</i></p> <p><i>1 или 2 семестры (в соответствии с годовым расписанием)</i></p>

## 2. Оценочные средства

### 2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий

#### 2.1.1. Содержание

**Примеры тестовых заданий с инструкцией по выполнению для ординаторов, эталонами ответов и оценочными рубриками для каждого задания: Оценка сформированности ПК-5**

1. При исследовании ампутированной нижней конечности обнаружено, что ткани стопы суховаты, плотные, черного цвета, граница с нормальными тканями хорошо выражена. Выберите правильные для данной ситуации положения.

а. Диагноз: сухая гангрена стопы

б. В бедренной артерии обнаружен стенозирующий атеросклероз с тромбом

в. Цвет ткани при гангрене обусловлен сернистым железом

г. Изменения стопы - характерное проявление сахарного диабета

д. Причина изменений в стопе - тромбоз глубоких вен голени.

Ответ: а, б, в, г.

2. У больного 50 лет, ранее перенесшего трансмуральный инфаркт миокарда, отмечались одышка, отеки нижних конечностей, тяжесть в правом подреберье. Выявлено значительное расширение границ сердца, в области верхушки сердца обнаружено пульсирующее выбухающее образование. Внезапно

развилась правосторонняя гемиплегия, наступила потеря сознания и смерть. Все представленные ниже положения верны, за исключением:

а. На вскрытии выявлены хроническая аневризма сердца с пристеночным тромбом, ишемический инфаркт головного мозга.

б. Диагноз: крупноочаговый кардиосклероз на фоне атеросклероза венечных артерий; осложнения - хроническая аневризма сердца, ишемический инфаркт головного мозга.

в. Диагноз: хроническая аневризма сердца на фоне атеросклероза; осложнение - ишемический инфаркт головного мозга.

г. На вскрытии обнаружена мускатная печень, бурая индурация легких, цианотическая индурация почек и селезенки.

д. Ишемический инфаркт мозга развился вследствие тромбоза сосудов головного мозга из полости аневризмы.

Ответ: б.

### 2.1.2. Критерии и шкала оценки

Отметка «зачтено» на этапе тестирования выставляется, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. При доле правильных ответов менее 71% ординатор на следующий этап зачета не допускается.

### 2.1.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания:

Тестирование проводится на заключительном занятии цикла. Имеются вариант тестов из 20 вопросов. Продолжительность тестирования – 20 минут. На каждый вопрос необходимо дать один правильный ответ. Тестовый контроль считается успешно пройденным, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. В случае не сдачи зачета ординатор должен пересдать тест до достижения результата не менее 71% правильных ответов. График отработок теста вывешивается на кафедре заранее.

## 2.2. Оценочное средство: комплект ситуационных задач.

### 2.2.1. Содержание

Примеры ситуационных задач (УК-1, ПК-5, ПК-10):

#### Ситуационная задача № 1

На основании представленных данных рубрифицируйте патологоанатомический диагноз с выделением основного заболевания (основного комбинированного), осложнений основного заболевания и сопутствующей патологии.

Протокол вскрытия № 137. Умерший Ш-ий А.А., 84 года

#### Клинический диагноз:

Рак желудка. Желудочное кровотечение. Анемия. Деформирующий остеоартроз, распространенный с преимущественным поражением коленных, локтевых, голеностопных суставов. ИБС. Кардиосклероз. Экстрасистолия. Н I.

#### Патологоанатомический диагноз:

Правосторонняя тотальная крупозная пневмония (стадия серого опеченения). Правосторонний экссудативный фибринозно-гнойный плеврит (2 л гнойного экссудата). Острые эрозии и острые язвы слизистой оболочки желудка. Кровотечение в просвет желудочно-кишечного тракта. Острая постгеморрагическая анемия. Распространенный деформирующий артроз. Хронический бронхит: диффузно-очаговый пневмосклероз, хроническая обструктивная эмфизема легких.

### Ситуационная задача № 2

На основании заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов проведите и сличение с установлением принципа расхождения.

Протокол вскрытия № 75. Больной К., 56 лет.

#### Клинический диагноз:

Гипертоническая болезнь 3 ст. Атеросклероз аорты, коронарных сосудов, атеросклероз церебральных сосудов. Инфаркт миокарда? Атеросклеротический кардиосклероз. Н П А. Остаточные явления нарушения мозгового кровообращения. ХОБЛ. Эмфизема легких. Пневмосклероз. Опухоль средостения, трахеи. ДН 3 ст.

#### Патологоанатомический диагноз:

**Основное заболевание.** Повторный инфаркт миокарда: острый трансмуральный инфаркт передней стенки левого желудочка; множественные крупные рубцы в задней стенке левого желудочка. Резко выраженный коронарный атеросклероз.

**Осложнения основного заболевания.** Общее застойное венозное полнокровие внутренних органов. Гидроторакс. Гидроперикард.

**Сопутствующие заболевания.** Атеросклероз аорты. Ишемические инфаркты почек. Фибриллярно-протоплазматическая астроцитомы теменно-височной области левого полушария головного мозга. Хронический калькулезный холецистит.

Эталоны ответов

### Ситуационная задача № 1

#### Патологоанатомический диагноз:

**Основное заболевание.** Правосторонняя тотальная крупозная пневмония (стадия серого опеченения).

**Осложнения основного заболевания.** Правосторонний экссудативный фибринозно-гнойный плеврит (2 л гнойного экссудата). Острые эрозии и острые язвы слизистой оболочки желудка. Кровотечение в просвет желудочно-кишечного тракта. Острая постгеморрагическая анемия.

**Сопутствующие заболевания.** Распространенный деформирующий артроз. Хронический бронхит: диффузно-очаговый пневмосклероз, хроническая обструктивная эмфизема легких.

### Ситуационная задача № 2

При сличении заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов имеет место расхождение из-за неправильного оформления клинического диагноза.

## 2.2.2. Критерии и шкала оценки

Компетенция	Высокий уровень (10-7)	Средний уровень (6-4)	Низкий уровень (3-1)	0 баллов
УК-1	<u>Умеет</u> <u>Самостоятельно и без ошибок</u> анализировать и интерпретировать результаты наиболее распространенных современных методов диагностики	<u>Умеет</u> <u>Самостоятельно</u> анализировать и интерпретировать результаты наиболее распространенных современных методов диагностики, <u>но совершает отдельные ошибки</u>	<u>Умеет</u> анализировать и интерпретировать <u>под руководством преподавателя</u> результаты наиболее распространенных современных методов диагностики	<u>Не умеет</u> анализировать и интерпретировать результаты наиболее распространенных современных методов диагностики

ПК-5	<p><u>Умеет</u> самостоятельно и без ошибок провести квалифицированную диагностику заболеваний на основе современных объективных клинико-морфологических методов обследования пациентов</p> <p><u>Владеет</u> методами диагностики заболеваний при использовании результатов прижизненного морфологического исследования</p>	<p><u>Умеет</u> самостоятельно провести квалифицированную диагностику заболеваний на основе современных объективных клинико-морфологических методов обследования пациентов, <u>но совершает отдельные ошибки</u></p> <p><u>Владеет</u> методами диагностики заболеваний при использовании результатов прижизненного морфологического исследования, <u>но совершает отдельные ошибки</u></p>	<p><u>Умеет</u> под руководством преподавателя провести квалифицированную диагностику заболеваний на основе современных объективных клинико-морфологических методов обследования пациентов</p> <p><u>Владеет</u> методами диагностики заболеваний при использовании результатов прижизненного морфологического исследования <u>с помощью преподавателя</u></p>	<p><u>Не умеет</u> провести квалифицированную диагностику заболеваний на основе современных объективных клинико-морфологических методов обследования пациентов</p> <p><u>Не владеет</u> методами диагностики заболеваний при использовании результатов прижизненного морфологического исследования</p>
ПК-10	<p><u>Умеет</u> самостоятельно и без ошибок использовать этические нормы и правила осуществления патологоанатомических исследований в медицинских организациях</p>	<p><u>Умеет</u> самостоятельно использовать этические нормы и правила осуществления патологоанатомических исследований в медицинских организациях, <u>но совершает отдельные ошибки</u></p>	<p><u>Умеет</u> использовать этические нормы и правила осуществления патологоанатомических исследований в медицинских организациях <u>под руководством преподавателя</u></p>	<p><u>Не умеет</u> использовать этические нормы и правила осуществления патологоанатомических исследований в медицинских организациях</p>

### 2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания:

На подготовку по практико-ориентированному заданию ординатору дается 20 мин, продолжительность ответа – 10 мин.

### 3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине

К зачету по дисциплине «Патология» (модуль: Патологическая анатомия) допускается ординатор, не имеющий пропусков занятий. Итоговая отметка определяется с учетом результатов тестирования и выполнения ситуационных задач.

Отметка «зачтено» по дисциплине выставляется ординатору, имеющему результаты тестирования не менее 71% правильных ответов и показавшему высокий, средний или низкий уровень формирования компетенции.

## ТЕСТЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Оцениваемые компетенции: ПК-5

1. При исследовании ампутированной нижней конечности обнаружено, что ткани стопы суховаты, плотные, черного цвета, граница с нормальными тканями хорошо выражена. Выберите правильные для данной ситуации положения.

- а. Диагноз: сухая гангрена стопы
- б. В бедренной артерии обнаружен стенозирующий атеросклероз с тромбом
- в. Цвет ткани при гангрене обусловлен сернистым железом
- г. Изменения стопы - характерное проявление сахарного диабета
- д. Причина изменений в стопе - тромбоз глубоких вен голени.

2. Больная 68 лет, длительно страдавшая гипертонической болезнью, внезапно умерла во время очередного резкого подъёма АД. На вскрытии в головном мозге обнаружена массивная гематома в области подкорковых ядер справа, множество мелких кровоизлияний и «ржавая» киста в затылочной доле. Выберите положения, верные в данной ситуации.

- а. При микроскопическом исследовании в артериолах гиалиноз, плазматическое пропитывание, фибриноидный некроз
- б. Механизм развития гематомы - разрыв микроаневризмы
- в. Механизм развития мелких кровоизлияний - диapedез
- г. Ткань мозга в области гематомы разрушена
- д. «Ржавая» киста свидетельствует о ранее перенесенном ишемическом инфаркте головного мозга.

3. Какие формы ИБС (1, 2, 3) можно диагностировать на вскрытии, если смерть больного наступила в следующие сроки от момента возникновения приступа ишемии (а, б, в, г, д)?

- 1. Внезапная коронарная смерть
- 2. Острый инфаркт миокарда (ишемическая стадия)
- 3. Инфаркт миокарда.
  - а. До 6 ч
  - б. 7-12 ч
  - в. 13-24ч
  - г. 1 ч
  - д. Более 24ч.

Ответ: 1 – а,г.

2 – б,в,д.

4. Перечислите признаки (а, б, в, г, д), которые могут быть обнаружены при каждой из форм ИБС (1, 2, 3).

- 1. Внезапная коронарная смерть
- 2. Острый инфаркт миокарда (ишемическая стадия)
- 3. Повторный инфаркт миокарда.
  - а. Уменьшение содержания гликогена, положительная проба с теллуридом калия, отсутствие макроскопических изменений миокарда на вскрытии.
  - б. Стенозирующий атеросклероз и тромбоз венечных артерий сердца
  - в. Очаги некроза миокарда
  - г. Отсутствие изменений на ЭКГ и повышения уровня ферментов крови
  - д. Характерные изменения на ЭКГ, повышение концентрации ферментов крови (КФК, ЛДГ, АСТ).

Ответ: 1 – а,б,г.

2 – б,в,д.

5. У больного 50 лет, ранее перенесшего трансмуральный инфаркт миокарда, отмечались одышка, отеки нижних конечностей, тяжесть в правом подреберье. Выявлено значительное расширение границ сердца, в области верхушки сердца обнаружено пульсирующее выступающее образование. Внезапно развилась правосторонняя гемиплегия, наступила потеря сознания и смерть. Все представленные ниже положения верны, за исключением:

а. На вскрытии выявлены хроническая аневризма сердца с пристеночным тромбом, ишемический инфаркт головного мозга.

б. Диагноз: крупноочаговый кардиосклероз на фоне атеросклероза венечных артерий; осложнения - хроническая аневризма сердца, ишемический инфаркт головного мозга.

в. Диагноз: хроническая аневризма сердца на фоне атеросклероза; осложнение - ишемический инфаркт головного мозга.

г. На вскрытии обнаружена мускатная печень, бурая индурация легких, цианотическая индурация почек и селезенки.

д. Ишемический инфаркт мозга развился вследствие тромбоэмболии сосудов головного мозга из полости аневризмы.

6. Локальные и системные отложения амилоида могут быть при всех перечисленных заболеваниях, за исключением:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

1) болезнь Альцгеймера.

2) экзокринная недостаточность поджелудочной железы.

3) медуллярная карцинома щитовидной железы.

4) миеломная болезнь.

5) ревматоидный артрит.

7. Больной длительно страдал гипертонической болезнью с преимущественным поражением головного мозга и почек. Умер при явлениях хронической почечной недостаточности. На вскрытии обнаружены маленькие плотные почки с мелкозернистой поверхностью. Все положения верны в отношении приведенной ситуации, за исключением:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

1) атеросклеротический нефросклероз.

2) первично-сморщенные почки.

3) в артериолах почки и головного мозга - гиалиноз.

4) изменения артериол и мелких артерий развились вследствие фибриноидного некроза.

5) клубочки почки гиалинизированы.

8. Назовите самую частую злокачественную опухоль головного мозга.

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

1) астробластома

2) глиобластома

3) хориоидкарцинома

4) менингиома

5) медуллобластома

9. Сосуды какого типа поражаются при атеросклерозе?

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

1) вены

2) мелкие артерии

- 3) артериолы
- 4) капилляры
- 5) артерии мышечно-эластического типа

10. У больного 50 лет, ранее перенесшего трансмуральный инфаркт миокарда, отмечались одышка, отеки нижних конечностей, тяжесть в правом подреберье. Выявлено значительное расширение границ сердца, в области верхушки сердца обнаружено пульсирующее взбухающее образование. Внезапно развилась правосторонняя гемиплегия, наступила потеря сознания и смерть. Все представленные ниже положения верны, за исключением:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) на вскрытии выявлены хроническая аневризма сердца с пристеночным тромбом, ишемический инфаркт головного мозга.
- 2) диагноз: крупноочаговый кардиосклероз на фоне атеросклероза; осложнения - хроническая аневризма сердца, ишемический инфаркт головного мозга.
- 3) диагноз: хроническая аневризма сердца на фоне атеросклероза; осложнение - ишемический инфаркт головного мозга.
- 4) на вскрытии обнаружена мускатная печень, бурая индурация легких, цианотическая индурация почек и селезенки.
- 5) ишемический инфаркт мозга развился вследствие тромбоэмболии сосудов головного мозга из полости аневризмы.

11. Больной 77 лет находился в психиатрической клинике по поводу сосудистой деменции, развившейся на фоне атеросклероза церебральных артерий. Смерть наступила при присоединении бронхопневмонии. \_\_\_ В ткани головного мозга могут быть обнаружены все перечисленные изменения, кроме:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) атрофия лобных долей
- 2) кисты
- 3) порэнцефалия
- 4) микрогирия
- 5) внутренняя гидроцефалия

12. Атеросклеротические аневризмы чаще всего располагаются в :

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) подколенной артерии
- 2) лучевой артерии
- 3) бедренной артерии
- 4) плечевой артерии
- 5) дистальной части брюшной аорты

13. Больная 56 лет длительное время страдала гипертонической болезнью. Смерть наступила от кровоизлияния в мозг на высоте гипертонического криза. Назовите основную причину смерти

*Выберите несколько из 10 вариантов ответа:*

- 1) гипертоническая болезнь
- 2) гипертонический криз
- 3) кровоизлияние в мозг
- 4) атеросклероз коронарных артерий
- 5) атеросклероз церебральных артерий
- 6) У мужчины 65 лет атеросклеротическое поражение аорты, подвздошных, бедренных артерий привело к развитию сухой гангрены правой стопы. После ампутации нижней

конечности у больного развился бактериальный шок. Назовите основную причину смерти

- 7) атеросклероз аорты
- 8) атеросклероз артерий нижних конечностей
- 9) атеросклеротическая гангрена стопы
- 10) бактериальный шок

14. Больной 67 лет поступил в клинику с признаками острого нарушения мозгового кровообращения по ишемическому типу. Смерть наступила при явлениях отека головного мозга. Назовите основную причину смерти

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) инфаркт головного мозга
- 2) отек головного мозга
- 3) цереброваскулярная болезнь
- 4) атеросклероз церебральных артерий
- 5) острое нарушение мозгового кровообращения

15. Больная 79 лет длительное время страдала гипертонической болезнью, в анамнезе - преходящие нарушения мозгового кровообращения, расстройства психики. Смерть больной наступила от инфицированных пролежней крестца. Назовите основную причину смерти

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) гипертоническая болезнь
- 2) инфицированные пролежни крестца
- 3) острое нарушение мозгового кровообращения
- 4) гипертоническая энцефалопатия
- 5) цереброваскулярная болезнь

16. Что отличает эрозию слизистой оболочки желудка от острой язвы?

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) склероз дна
- 2) глубина некроза
- 3) воспалительная реакция
- 4) гипертрофия желёз в краях

17. Какая оболочка стенки сосуда поражается при атеросклерозе?

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) наружная.
- 2) средняя.
- 3) наружная и средняя.
- 4) внутренняя.
- 5) внутренняя и наружная.

18. Для ревматизма характерны все перечисленные ниже проявления и связанные с ним заболевания, за исключением:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) митральный стеноз.
- 2) недостаточность митрального клапана.
- 3) стеноз устья аорты.
- 4) стеноз легочной артерии.
- 5) инфекционный эндокардит.

19. Состояние повышенного онкологического риска:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) острые воспалительные процессы;
- 2) хронические воспалительные процессы;
- 3) вегетарианство;
- 4) прием витаминов.

20. Аммиачная энцефалопатия может развиваться при:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) гепатите
- 2) стрессе
- 3) длительном эмоциональном возбуждении
- 4) гастрите

## СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Оцениваемые компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-10

**Задача 1.** Коля Н., 10 месяцев болен в течение недели. Неделю назад мама отметила, что ребенок стал вялым, плохо спит, капризничает, хуже ест. Одновременно появились заложенность носа, редкий кашель, затем обильное отделяемое из носа слизистого характера. Температура в первые два дня повышалась до  $37,5^{\circ}\text{C}$ . Был приглашен участковый врач, который диагностировал у ребенка острое респираторное заболевание и назначил симптоматическое лечение. На фоне проводимых лечебных мероприятий состояние ребенка улучшилось, однако, на 6 день заболевания у ребенка вновь повысилась температура до  $38,8^{\circ}\text{C}$ . Мальчик стал более вялым, отказывался от еды, перестал проявлять интерес к игрушкам, беспокойно спал, кашель усилился. Мама повторно вызвала врача. При осмотре ребенка отмечается бледность кожных покровов, цианоз носогубного треугольника и раздувание крыльев носа при беспокойстве ребенка, тахикардия до 130 ударов в минуту, число дыханий – 52. Над легкими справа в межлопаточной области выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы на фоне ослабленного дыхания. Ребенок госпитализирован.

В общем анализе крови: гемоглобин 120 г/л, эритроциты 4,5 Т/л, СОЭ 19 мм/ч, лейкоциты 10,6 Г/л, Нейтрофилы: палочкоядерные 4%, сегментоядерные 52%, эозинофилы 1%, Лимфоциты 36%, Моноциты 7%.

Рентгенограмма грудной клетки. Повышенная прозрачность легочных полей, низкое стояние диафрагмы, усиление легочного рисунка, мелкие очаговые тени с нерезкими контурами в области 5 сегмента справа.

Задания:

1. Выделите основные синдромы заболевания.
2. Поставьте диагноз.
3. Укажите возможные исходы и осложнения данного заболевания.
4. Какие патоморфологические изменения могут быть обнаружены в лёгких.

**Задача 2.** Девочка 11 лет, больна 1 год, жалобы на «голодные» боли в эпигастрии, появляются утром натощак, через 1,5-2 часа после еды, ночью, купируются приемом пищи. Беспокоит отрыжка кислым, стул регулярный, оформленный..

Осмотр: кожа бледно-розовая, чистая. Состояние средней степени тяжести. Живот: синдром Менделя положителен в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации небольшой мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии и пилорoduоденальной

области, также болезненность в точке Дежардена и Мейо-Робсона. Печень не увеличена, безболезненная.

Общий анализ крови гемоглобин 115 г/л, эритроциты 4,0 Т/л, СОЭ 10 мм/ч, лейкоциты 7,0 Г/л, Нейтрофилы: палочкоядерные 1%, сегментоядерные 46%, эозинофилы 9%, Лимфоциты 37%, Моноциты 8%.

Общий анализ мочи: светло-желтая, реакция слабо-кислая, удельный вес 1025, прозрачная, белок - отсутствует; лейкоциты – 1-2-1 в поле зрения; эритроциты - 2-1-1 в поле зрения, слизь -, бактерии -.

ФЭГДС Пищевод проходим, слизистая розовой окраски. Кардия смыкается. Слизистая желудка гиперемирована, в пилорическом отделе язвенный дефект размерами 5\*3 мм. Содержимое желудка прозрачное, небольшое количество слизи. Слизистая двенадцатиперстной кишки гиперемирована.

Задания:

1. Выделите основные синдромы заболевания.
2. Поставьте диагноз.
3. Укажите возможные исходы и осложнения данного заболевания.
4. Какие патоморфологические изменения могут быть обнаружены в желудке и двенадцатиперстной кишке при биопсии.

**Задача 3.** Ребенок родился от третьей беременности, протекавшей с ОРЗ на 7-й неделе гестации. Масса при рождении 1900 г, длина тела 42 см. На 14-е сутки жизни состояние тяжелое. Кожа бледная, чистая. ЧД 80 в 1 минуту, одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Дыхание проводится во все отделы, в нижних отделах - крепитирующие хрипы. Границы сердца: правая - на 0,5 см кнаружи от правого края грудины, левая - на 2 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. Тоны ясные, ритмичные. II тон над легочной артерией акцентирован, расщеплен. Выслушивается грубый, «машинный» систоло-диастолический шум. ЧСС 170 ударов в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +3,5 см из-под реберной дуги, селезенка - +0,5 см.

Общий анализ крови гемоглобин 138 г/л, эритроциты 4,8 Т/л, СОЭ 10 мм/ч, лейкоциты 7,0 Г/л, Нейтрофилы: палочкоядерные 2%, сегментоядерные 36%, эозинофилы 6%, Лимфоциты 47%, Моноциты 9%..

По ЭХО-КГ – открытый артериальный проток.

Задания:

1. Выделите основные патологические синдромы заболевания.
2. Поставьте клинический диагноз.
3. Укажите возможные исходы и осложнения данного заболевания.
4. Какие патоморфологические изменения могут быть обнаружены в лёгких и сердце в случае неблагоприятного исхода

**Задача 4.** У роженицы на 4 день после родов повысилась температура до 37<sup>0</sup>, появились озноб и тахикардия до 100 ударов в 1 минуту. При осмотре отмечалась незначительная болезненность матки, мутные, гнойно-кровянистые выделения. Ультразвуковое исследование полости матки выявило эхо-негативные зоны, которые предположительно соответствовали остаткам плацентарной ткани. Проведено выскабливание полости матки. В соскобе - некротические фрагменты децидуальной оболочки и ворсинчатого хориона, диффузная инфильтрация сегментоядерными лейкоцитами, выраженный отек стромы, расширение и тромбоз кровеносных сосудов.

1. Определите основное заболевание.

2. Укажите основные причины развития данного заболевания.
3. Перечислите возможные осложнения: 1..., 2..., 3..., 4...

**Задача 5.** У женщины 34 лет во время профилактического осмотра в слизистой оболочке влагалищной части шейки матки был обнаружен эрозивный дефект диаметром 0,5 см с ярко-красным дном. При патогистологическом исследовании биоптата выявлена пролиферация железистого эпителия с глубоким проникновением его в мышечные слои шейки матки, с очаговой лимфоидноклеточной инфильтрацией стромы.

1. Диагностируйте основное заболевание.
2. Укажите возможную стадию заболевания.
3. Объясните патогенез выявленных изменений: 1..., 2...
4. Оцените значение этой патологии шейки матки.

**Задача 6.** Больной 27 лет произведено рентгенологическое обследование желудка при подозрении на опухоль. Обнаружено уменьшение полости желудка, сглаженность складок слизистой оболочки, резкое нарушение перистальтики. Произведена операция - гастрэктомии.

1. Опишите макроскопические изменения стенки желудка.
2. Перечислите возможные предраковые процессы в желудке, предшествовавшие заболеванию.
3. Назовите особенности метастазирования опухоли.
4. Классифицируйте заболевание в соответствии с требованиями МКБ.

**Задача 7.** Больной 34 лет, инженер-технолог. Курит с 17 лет. Кашель постоянный, со скудной мокротой. В течение последнего месяца дважды заметил в мокроте прожилки крови. Обратился в медсанчасть предприятия, откуда был направлен на консультацию в противотуберкулёзный диспансер. При тщательном рентгенологическом и рентгенографическом обследовании в IX сегменте правого легкого, ближе к плевре обнаружена тень округлой формы, диаметром на более 2 см. Произведена бронхоскопия, обнаружено резкое сужение просвета сегментарного бронха. Эндоскопическая биопсия технологически не удалась. Решено оперировать больного с производством экспресс-биопсии. Во время торакотомии иссечён небольшой кусочек опухолеподобного образования для установления точного диагноза.

Предположительный клинический диагноз: «Туберкулома», «Карциноид лёгкого»?

Заключение патологоанатома: мелкоклеточный бронхогенный рак лёгкого.

1. Интерпретируйте результаты патогистологического исследования.
2. Сформулируйте клинический диагноз
3. Укажите дальнейшую врачебную тактику

**Задача 8.** Мальчик 11 лет, в течение последних двух месяцев предъявлял жалобы на слабость, сонливость, снижение аппетита, субфебрильная температура. При первичном осмотре отмечена некоторая бледность кожи и слизистых оболочек, увеличение подчелюстных и шейных лимфатических узлов; на ощупь узлы неравномерно уплотнены, подвижность их ограничена. Произведена биопсия одного из узлов. Иссечённый лимфатический узел доставлен в патологоанатомическое отделение с клиническим диагнозом: «Лимфаденит неясной этиологии».

Патогистологическое исследование: «Структура лимфатического узла полностью нарушена, фолликулы не выявляются, в ткани множество округлых очагов пролиферации клеток: эпителиоидных, лимфоидных, гигантских многоядерных. В центре очага обнаружен детрит в виде мелкоглыбчатой эозинофильной массы».

1. Интерпретируйте результаты патогистологического исследования.
2. Сформулируйте клинический диагноз
3. Укажите дальнейшую врачебную тактику

**Задача 9.** Больному 12 лет произведена аппендэктомия по поводу острого флегмонозного аппендицита, осложненного разлитым гнойным перитонитом.

1. Опишите микроскопические изменения червеобразного отростка.
2. Уточните характер процесса в наружной оболочке червеобразного отростка и его брыжейке: 1..., 2...
3. Уточните варианты исхода перитонита: 1..., 2....

Оформите заключительный клинический диагноз в соответствии с требованиями МКБ X.

**Задача 10.** Женщина до наступления беременности страдала ревматическим пороком сердца с преобладанием недостаточности митрального клапана. Во время беременности явлений декомпенсации не отмечалось. Трижды госпитализирована в стационар по поводу хронического пиелонефрита с обострением процесса. На 39 неделе беременности – вновь обострение пиелонефрита с явлениями интоксикации. На 3-й день обострения отмечена внутриутробная гибель плода. На аутопсии выявлена двусторонняя очагово-сливная пневмония. Назовите основное патологическое состояние плода, явившиеся причиной смерти.

1. Назовите основное заболевание ребенка, явившиеся причиной смерти.
2. Оформите перинатальное свидетельство о смерти

**Задача 11.** Мальчик, 4 лет, оперирован в офтальмологическом отделении по поводу опухоли левого глазного яблока (зрение на этот глаз отсутствовало). Произведена энуклеация глаза. Клинический диагноз: «Внутриглазная опухоль». Патогистологический диагноз: «Ретинобластома».

1. Дайте характеристику этой опухоли по источнику роста, особенностям развития.
2. Назовите современные методы морфологического исследования операционного материала.

**Задача № 12.** У больной 35 лет одиночный узел в левой доле щитовидной железы. Макроскопически узел 1,0x2,0x2,0 см в четкой капсуле, эластичной консистенции, слегка взбухающий на фоне окружающей ткани, желтовато-серого цвета на разрезе, зернистого вида. Произведена биопсия щитовидной железы. При микроскопическом исследовании ткань узла представлена фолликулами, выстланными крупными светлыми клетками с нежно зернистой эозинофильной цитоплазмой.

1. Интерпретируйте результаты морфологического исследования.
2. Сформулируйте клинический диагноз
3. Укажите дальнейшую врачебную тактику

**Задача № 13.** У женщины 34 лет щитовидная железа увеличена в 4 раза, консистенция плотная, поверхность бугристая, железа спаяна с окружающими тканями. Клинически явления гипотиреоза, в периферической крови содержатся антитела к гормонам Т3 и Т4. Произведена пункционная биопсия щитовидной железы. В пунктате – волокнистые структуры, обилие лимфоидных клеток разной степени зрелости – от лимфобластов до зрелых лимфоцитов, плазматические клетки, пласты и рыхлые скопления фолликулярного эпителия с признаками дистрофии, клетки Ашкенази в большом количестве.

1. Интерпретируйте результаты морфологического исследования.
2. Сформулируйте клинический диагноз
3. Укажите дальнейшую врачебную тактику

**Задача № 14.** У женщины 45 лет ускоренный рост длительно существующего узла за последние 6 месяцев. На УЗИ – контуры неровные, нечёткие, консистенция плотная. Произведена пункционная биопсия щитовидной железы. В цитограмме – фон чистый, клеточность пунктата высокая, пласты и фолликулярные структуры, состоящие из одноядерных клеток средней величины; ядра правильной формы, хроматин сетчатый, цитоплазма гомогенная, в просвете фолликулярных структур плотный интенсивно окрашенный коллоид. В некоторых пластах нарушена архитектоника расположения клеток: наплывание друг на друга, разные промежутки между ними.

1. Интерпретируйте результаты морфологического исследования.
2. Сформулируйте клинический диагноз
3. Укажите дальнейшую врачебную тактику

### **Задача № 15**

У женщины, умершей от почечной недостаточности, на вскрытии обнаружены склероз и липоматоз поджелудочной железы, прогрессирующий атеросклероз магистральных артерий. В почках выявлена пролиферация мезангиальных клеток и гиалиноз клубочков, эпителий узкого сегмента нефрона высокий, со светлой полупрозрачной цитоплазмой, в которой определяется гликоген.

Клинически заболевание протекало с выраженной азотемией, высокой протеинурией, артериальной гипертензией.

1. Укажите, для какого заболевания характерна описанная клиническая и морфологическая картина?
2. Определите процессы, происходящие в почках.
3. Интерпретируйте результаты морфологического исследования.
4. Сформулируйте заключительный клинический диагноз.

**Задача № 16.** На основании представленных данных рубрифицируйте патологоанатомический диагноз с выделением основного заболевания (основного комбинированного), осложнений основного заболевания и сопутствующей патологии.

Протокол вскрытия № 137. Умерший Ш-ий А.А., 84 года

Клинический диагноз:

Рак желудка. Желудочное кровотечение. Анемия. Деформирующий остеоартроз, распространенный с преимущественным поражением коленных, локтевых, голеностопных суставов. ИБС. Кардиосклероз. Экстрасистолия. Н I.

Патологоанатомический диагноз:

Правосторонняя тотальная крупозная пневмония (стадия серого опеченения). Правосторонний экссудативный фибринозно-гнойный плеврит (2 л гнойного экссудата). Острые эрозии и острые язвы слизистой оболочки желудка. Кровотечение в просвет желудочно-кишечного тракта. Острая постгеморрагическая анемия. Распространенный деформирующий артроз. Хронический бронхит: диффузно-очаговый пневмосклероз, хроническая обструктивная эмфизема легких.

**Задача № 17.** На основании заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов проведите и сравните с установлением принципа расхождения.

Протокол вскрытия № 75. Больной К., 56 лет.

Клинический диагноз:

Гипертоническая болезнь 3 ст. Атеросклероз аорты, коронарных сосудов, атеросклероз церебральных сосудов. Инфаркт миокарда? Атеросклеротический кардиосклероз. Н II А. Остаточные явления нарушения мозгового кровообращения. ХОБЛ. Эмфизема легких. Пневмосклероз. Опухоль средостения, трахеи. ДН 3 ст.

Патологоанатомический диагноз:

**Основное заболевание.** Повторный инфаркт миокарда: острый трансмуральный инфаркт передней стенки левого желудочка; множественные крупные рубцы в задней стенке левого желудочка. Резко выраженный коронарный атеросклероз.

**Осложнения основного заболевания.** Общее застойное венозное полнокровие внутренних органов. Гидроторакс. Гидроперикард.

**Сопутствующие заболевания.** Атеросклероз аорты. Ишемические инфаркты почек. Фибриллярно-протоплазматическая астроцитоза теменно-височной области левого полушария головного мозга. Хронический калькулезный холецистит.

**Министерство здравоохранения Российской Федерации**

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего  
образования «Ивановская государственная медицинская академия»  
Институт последипломного образования**

**Приложение № 1  
к рабочей программе дисциплины**

**Оценочные средства и методические материалы  
для проведения промежуточной аттестации по дисциплине  
«Лабораторные тесты для идентификации больных с зависимостью»**

Уровень высшего образования:	подготовка медицинских кадров высшей квалификации
Квалификация выпускника:	врач – <i>психиатр-нарколог</i>
Направление подготовки:	<i>31.08.21 «Психиатрия-наркология»</i>
Тип образовательной программы:	Программа ординатуры
Форма обучения:	очная
Срок освоения образовательной программы:	2 года
Код дисциплины:	Б1.В.ДВ.1.1

# 1. Паспорт ОС по дисциплине «Лабораторные тесты для идентификации больных с зависимостью»

## 1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	2 год обучения
ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	2 год обучения
ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	2 год обучения
ПК-8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации	2 год обучения
ПК-9	Готовность к формированию у населения пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	2 год обучения

## 1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
1.	УК-1	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- основы логики</li> <li>- философские диалектические принципы</li> <li>- методологию диагноза</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- правильно (адекватно) использовать нормативные документы здравоохранения, включающие законы, приказы, решения, распоряжения и международные стандарты</li> </ul> <p><b>Владеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- логическим мышлением</li> <li>- способностью к анализу и синтезу</li> </ul>	Комплекты: 1. Тестовых заданий; 2. Ситуационных задач.	Зачет  2 год обучения

2.	ПК-1	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- организационно-экономические основы деятельности учреждений здравоохранения и медицинских работников в условиях бюджетно-страховой медицины; основы социальной гигиены, организации и экономики здравоохранения, медицинской этики и деонтологии</li> <li>- санитарно-гигиенические и профилактические мероприятия по охране здоровья подростков, противоэпидемические мероприятия и эпидемиологию наркологических заболеваний</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- работать с семьей больного алкоголизмом и наркоманией, определить степень созависимости и провести психокоррекционное и психотерапевтическое лечение</li> <li>- проводить санитарно-просветительную работу по предупреждению употребления и злоупотребления алкоголем и психоактивными веществами, в т.ч. табаком</li> <li>- оказывать консультативно-методическую помощь врачам общей медицинской сети здравоохранения по раннему выявлению лиц, злоупотребляющих алкоголем, а также лиц, склонных к употреблению психоактивных веществ</li> <li>- осуществлять профилактику социально-опасных действий больных наркологического профиля</li> <li>- проводить самостоятельный прием наркологических больных в диспансере</li> </ul> <p><b>Владеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- адекватной этиотропной и патогенетической профилактикой наркологических больных</li> </ul>		
3.	ПК-5	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- общие принципы и основные методы клинической, инструментальной и лабораторной диагностики функционального состояния органов и систем человеческого организма</li> <li>- общие и функциональные методы обследования психических больных, возможности инструментальных и</li> </ul>		

*специальных методов диагностики*  
*- вопросы психопатологического*  
*обследования, составление психического*  
*статуса, диагностического и*  
*терапевтического обследования*  
*- основы рентгенологии, краниографии,*  
*томографии, МРТ*  
*- клиническая симптоматика*  
*патологических состояний*

**Умеет:**

*- опросить больного и получить наиболее*  
*достоверные сведения об употреблении*  
*им алкоголя или психоактивного*  
*вещества*  
*- правильно и максимально полно*  
*собрать анамнез болезни и анамнез*  
*жизни наркологического больного*  
*- выявить характерные признаки*  
*имеющегося наркологического*  
*заболевания*  
*- провести дифференциальную*  
*диагностику заболевания, связанного с*  
*употреблением (злоупотреблением)*  
*алкоголя или психоактивного вещества с*  
*сходными по клинической картине*  
*психотическими состояниями и*  
*психическими заболеваниями*  
*- оценить морфологические и*  
*биохимические показатели крови, мочи,*  
*ликвора и других биологических сред,*  
*данные рентгеноскопии и*  
*рентгенографии, ЭКГ, ЭЭГ, ЭХО-*  
*графии, КТ и МРТ в диагностике*  
*патологического процесса и определении*  
*его активности*  
*- поставить и обосновать*  
*окончательный диагноз*  
*- оценить риск и прогноз болезни и*  
*жизни при решении вопроса об отнятии*  
*наркотика у больного ятрогенной*  
*наркоманией*  
*- провести экспертизу алкогольного и*  
*наркотического опьянения*

**Владеет:**

*-методикой расспроса больного*  
*- методикой наблюдения за пациентом*  
*- методикой сбора анамнестических и*  
*катамнестических сведений*  
*- методикой психопатологического*  
*анализа получаемой информации*  
*- методикой использования*  
*диагностических и оценочных шкал,*

		<i>применяемых в наркологии</i>		
4.	ПК-8	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- применение физиотерапии, лечебной физкультуры и врачебного контроля, показания и противопоказания к пребыванию в специализированных учреждениях</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- разработать схему амбулаторного ведения больного, профилактику обострений после выписки больного из стационара</li> </ul> <p><b>Владеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- дифференцированными методами реабилитации больных</li> </ul>		
5.	ПК-9	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- принципы и методы формирования здорового образа жизни</li> <li>- организацию и принцип работы центра социальной реабилитации</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- формировать у пациентов мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</li> </ul> <p><b>Владеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- системой выбора принципов и методов формирования здорового образа жизни</li> </ul>		

## 2. Оценочные средства

### 2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий

#### 2.1.1. Содержание.

С помощью тестовых заданий оцениваются теоретические знания по дисциплине.

#### 2.1.2. Критерии и шкала оценки

Тестирование проводится на последнем занятии дисциплины и является допуском к промежуточной аттестации. Тестовый контроль оценивается отметками «зачтено», «не зачтено».

Отметка «зачтено» на этапе тестирования выставляется, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. Ординатор проходит тестирование до получения отметки «зачтено».

### 2.2. Оценочное средство: ситуационные задачи

#### 2.2.1. Содержание.

С помощью ситуационных задач оцениваются теоретические знания и умения по дисциплине.

#### 2.2.2. Критерии и шкала оценки

Теоретические знания и практические навыки оцениваются отметками «зачтено» и «не зачтено».

Компетенция	«зачтено»	«не зачтено»
УК-1	<p><b>Умеет:</b> абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы</p> <p><b>Владеет:</b> абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы</p>	<p><b>Умеет</b> <u>Не способен</u> - абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы</p>
ПК-1	<p><b>Умеет:</b> осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p> <p><b>Владеет:</b> осуществляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>	<p><b>Умеет</b> <u>Не способен</u> осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>
ПК-5	<p><b>Умеет:</b> определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p> <p><b>Владеет:</b> определяет у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p>	<p><b>Умеет</b> <u>Не способен</u> определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.</p>
ПК-8	<p><b>Умеет:</b> применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие</p>	<p><b>Умеет:</b> <u>Не способен</u> применять природные лечебные факторы, лекарственную,</p>

	<p>методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации</p> <p><b>Владеет:</b>  <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> применяет природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации</p>	<p>немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации</p>
ПК-9	<p><b>Умеет:</b>  формировать у пациентов мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p> <p><b>Владеет:</b>  системой формирования у пациентов мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p> <p>выбора принципов и методов формирования здорового образа жизни</p>	<p><b>Умеет:</b>  <u>Не способен</u> формировать у пациентов мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p>

### 2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания.

Собеседование по ситуационным задачам проводится во время промежуточной аттестации.

### 3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине

До зачета по модулю дисциплины допускаются ординаторы, получившие отметку «зачтено» за выполнение тестовых заданий.

Обучающийся получает отметку «зачтено», если за оба этапа поставлены отметки «зачтено».

## ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-8, ПК-9

### **Задание #1**

*Вопрос:*

Для развернутого алкогольного абстинентного синдрома характерно все перечисленное, кроме:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) выраженного гипергидроза
- 2) генерализованного тремора
- 3) тревожно-параноидной установки
- 4) гипертензии, болей в сердце
- 5) менингеальных симптомов

### **Задание #2**

*Вопрос:*

Для алкогольных изменений личности с психопатоподобными симптомами характерно все перечисленное, исключая:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) возбудимость с агрессивными поступками
- 2) грубый цинизм, бестактность
- 3) выраженные расстройства памяти на текущие события
- 4) назойливую откровенность, стремление очернить окружающих
- 5) периодически возникающие расстройства настроения по типу дисфории или глухой подавленности

### **Задание #3**

*Вопрос:*

Для начальной стадии алкоголизма (I стадии) характерно все перечисленное, кроме:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) ситуационно обусловленного первичного патологического влечения к алкоголю
- 2) утраты защитного рвотного рефлекса
- 3) роста толерантности в 2-4 раза
- 4) затрудненного засыпания
- 5) снижения количественного контроля

### **Задание #4**

*Вопрос:*

При алкогольном делирии типичны все перечисленные соматовегетативные нарушения, кроме:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) тахикардии
- 2) неустойчивости артериального давления
- 3) тахипноэ
- 4) повышения внутриглазного давления
- 5) субфебрильной температуры

### **Задание #5**

*Вопрос:*

Для I стадии опишной наркомании наиболее характерным является все перечисленное, кроме:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) систематического приема опиатов

- 2) сохранения эйфории
- 3) роста толерантности в 8-10 раз
- 4) неизменности физиологического действия опиатов
- 5) обсессивного влечения к наркотику

### **Задание #6**

*Вопрос:*

Клиника хронических гашишных психозов определяется всем перечисленным, кроме:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) галлюцинаторно-параноидных расстройств
- 2) бреда преследования
- 3) парафренного синдрома
- 4) маниакальных расстройств
- 5) кататонических расстройств

### **Задание #7**

*Вопрос:*

К соматическим признакам абстинентного синдрома при токсикоманиях транквилизаторами относят все перечисленное, кроме:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) ортостатической гипотензии
- 2) тахикардии
- 3) анорексии, тошноты
- 4) бледности
- 5) болей в крупных суставах

### **Задание #8**

*Вопрос:*

Для абстинентного алкогольного синдрома с обратимыми психоорганическими расстройствами характерно все перечисленное, кроме:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) мнестических расстройств с утратой критики к своему состоянию и окружающему
- 2) колебаний аффекта от благодушия, эйфории до немотивированной злобы
- 3) атаксии, генерализованного тремора, пирамидных знаков
- 4) обстоятельности мышления, бедности речи
- 5) расстройства схемы тела

### **Задание #9**

*Вопрос:*

Для изменений личности при алкоголизме характерно все перечисленное, кроме:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) эмоциональное огрубения с исчезновением семейных и общественных привязанностей
- 2) интеллектуально - мнестического снижения
- 3) упадка инициативы и работоспособности с невозможностью систематически трудиться, снижения и поверхностности критики
- 4) утраты морально-нравственных ценностей
- 5) заострения преморбидных личностных особенностей

### **Задание #10**

*Вопрос:*

Для III стадии алкоголизма наиболее типичны все перечисленные признаки, исключая:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) первичное патологическое влечение к алкоголю с характером неодолимости
- 2) утрату ситуационного контроля
- 3) снижение толерантности к алкоголю
- 4) наличие интеллектуально-мнестических нарушений
- 5) псевдозапой

### **Задание #11**

*Вопрос:*

Синдром физической зависимости от наркотика включает все перечисленное, кроме:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) компульсивного влечения
- 2) способности достижения физического комфорта в интоксикации
- 3) абстинентного синдрома
- 4) утраты контроля над дозой
- 5) социальных последствий наркотизации

### **Задание #12**

*Вопрос:*

Наиболее характерными признаками опийной эйфории являются все перечисленные, кроме:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) ощущения легкости, радости, соматического блаженства
- 2) приятной истомы, покоя и расслабленности
- 3) благодушия, довольства
- 4) ощущения тепла, волнами расходящегося по телу
- 5) психомоторной ажитации

### **Задание #13**

*Вопрос:*

Рубежом, за которым выявляются признаки зависимости от снотворных у лиц, применяющих длительное время терапевтические дозы, является все перечисленное, кроме:

*Выберите один из 3 вариантов ответа:*

- 1) дневного приема снотворных
- 2) эйфорического действия снотворного
- 3) успокоения от приема снотворного

### **Задание #14**

*Вопрос:*

Последствиями ингаляционного употребления средств бытовой и промышленной химии являются все перечисленные, кроме:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) грубого психопатоподобного поведения
- 2) токсической энцефалопатии
- 3) задержки психического и физического развития

- 4) некроза печени, почек, миокардиодистрофии
- 5) стойкой мышечной гипертензии

### **Задание #15**

*Вопрос:*

Пирацетам показан при следующих состояниях, кроме:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) депрессий
- 2) когнитивных нарушений
- 3) зависимостей от ПАВ
- 4) судорожного синдрома
- 5) астении

### **Задание #16**

*Вопрос:*

Клиника острой интоксикации галлюциногенами (психомиметиками) выражается:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) возникновением ощущения невероятно яркой окраски окружающих предметов, усиления громкости звуков
- 2) появлением зрительных и слуховых иллюзий, галлюцинаций
- 3) разнообразными эмоциональными нарушениями - эйфорией, тревогой, страхом
- 4) пассивным созерцанием или активными оборонительными действиями
- 5) всем перечисленным

### **Задание #17**

*Вопрос:*

Компульсивное влечение к наркотику характеризуется всеми перечисленными признаками, кроме:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) неодолимости
- 2) чрезвычайной интенсивности
- 3) специфичности
- 4) несобранности, рассеянности больного
- 5) аффективной напряженности

### **Задание #18**

*Вопрос:*

Нравственно-этическая деградация у зависимых от наркотиков проявляется:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) паразитическим образом жизни
- 2) разрывом связи с семьей и друзьями, эмоциональным уплощением
- 3) утратой желания трудиться
- 4) эгоцентризмом
- 5) всем перечисленным

### **Задание #19**

*Вопрос:*

Лабораторная диагностика наркоманий включает в себя применение следующих методов:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) радиоиммунных
- 2) ферментных
- 3) тонкослойной хроматографии
- 4) газовой масс-спектрометрии
- 5) всех перечисленных

### **Задание #20**

*Вопрос:*

Какая из нижеперечисленных наркоманий приводит к наиболее грубому интеллектуальному дефекту?

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) опийная
- 2) гашишная
- 3) кокаиновая
- 4) барбитуровая

### **Задание #21**

*Вопрос:*

Синдром измененной реактивности включает все перечисленное, кроме:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) изменения формы потребления одурманивающего вещества
- 2) появления абстинентного синдрома
- 3) изменения толерантности
- 4) исчезновения защитных реакций при передозировке
- 5) изменения формы опьянения

### **Задание #22**

*Вопрос:*

Изменение состояния опьянения у наркомана характеризуется всем перечисленным, кроме:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) исчезновения сомато-вегетативных эффектов наркотика
- 2) исчезновения седативного эффекта
- 3) появления амнезий
- 4) повышения интенсивности эйфории
- 5) появления парадоксальных и извращенных психических эффектов

### **Задание #23**

*Вопрос:*

Наиболее частыми признаками опийного опьянения являются все перечисленные, кроме:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) миоза
- 2) галлюцинаций
- 3) эйфории
- 4) дизартричности речи

### **Задание #24**

*Вопрос:*

Абстинентный синдром развивается после прекращения приема опиатов в среднем через:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) 2-3 часа
- 2) 5-10 часов
- 3) сутки
- 4) двое суток

### **Задание #25**

*Вопрос:*

Рубежом, за которым выявляются признаки зависимости от снотворных у лиц, применяющих их длительное время, является все перечисленное, кроме:

*Выберите один из 3 вариантов ответа:*

- 1) дневной прием
- 2) извращение физиологического действия снотворных (появление эйфоризирующего действия)
- 3) необходимость повышения дозы снотворного на ночь для сохранения контроля над симптомами бессонницы

### **Задание #26**

*Вопрос:*

Наиболее частым осложнением приема средств бытовой и промышленной химии не является:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) деменция
- 2) судорожный синдром
- 3) делириозные состояния
- 4) олигофрении

### **Задание #27**

*Вопрос:*

Какие из перечисленных наркоманий являются повышенным фактором риска заражением ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) гашишная
- 2) героиновая
- 3) барбитуровая
- 4) кокаиновая

### **Задание #28**

*Вопрос:*

Для алкогольной полиневропатии характерно все перечисленное, кроме:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) парестезии
- 2) снижения болевой и температурной чувствительности
- 3) наличия многочисленных трофических язв
- 4) болей по ходу периферических нервов

### **Задание #29**

*Вопрос:*

Для III стадии алкоголизма наиболее типичны все перечисленные признаки, исключая:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) утрату ситуационного контроля
- 2) снижение толерантности к алкоголю
- 3) наличие интеллектуально-мнестических нарушений
- 4) высокая толерантность

### **Задание #30**

*Вопрос:*

Форма злоупотребления алкоголем в III стадии заболевания может проявиться всем указанным, исключая:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) истинные запои
- 2) перемежающееся пьянство
- 3) постоянное пьянство на фоне низкой толерантности
- 4) псевдозапои

## **СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ**

Задача 1

Больной М., 17 лет.

Вырос в условиях безнадзорности, родители ведут асоциальный образ жизни, злоупотребляют алкоголем. В школу пошел во время, учился слабо, не выполнял домашние задания, прогуливал уроки, дважды дублировал классы. Бросил школу в 13 лет. Подросток нигде не работает, не учится, часто уходил из дома, бродяжничает, проводит время в асоциальных компаниях. Состоит на учете в комиссии по делам несовершеннолетних. Перенес гепатит «А» в возрасте 5 лет. Год назад в драке получил ЗЧМТ с сотрясением головного мозга. С 13 лет вдыхает пары клея «Момент» и ацетона. Вначале делал это в своей компании, но постепенно компания распалась: кого-то осудили, кто-то умер, кто-то уехал. Последнее время вдыхал пары ЛОВ в одиночестве, увеличилось количество выдыхаемой жидкости. На высоте интоксикации испытывает истинные зрительные галлюцинации. С 15 лет, на фоне обрыва интоксикации 2-3 дней испытывает головные боли, раздражительность, слабость, становится агрессивным и злобным. По инициативе комиссии по делам несовершеннолетних был госпитализирован в детское наркологическое отделение. Установки на лечение не было, в отделении группировался с подростками своего возраста, режим соблюдал. Ремиссии после стационарного лечения не было. Возобновил ингаляцию по причине актуализации патологического влечения к ЛОВ. Ингаляция постоянного характера, в одиночестве, несколько раз в течение дня. Настоящая толерантность около 300 мл. Вскоре был госпитализирован повторно по направлению нарколога.

При поступлении жаловался на слабость, головную боль, тревогу, был внешне неопрятен. Моторно неусидчив, расторможен. Контактен, но на вопросы отвечает без желания, чаще односложно. Взорового контакта избегает. Внимание неустойчивое, быстро истощается. Сознание не помрачено. Ориентирован полностью верно. Психотической симптоматики не продуцирует. Мышление по темпу замедленно, последовательное. Когнитивные функции без грубого снижения. Круг интересов сужен, в бытовых вопросах ориентирован достаточно. Запас школьных знаний не велик, суждения не зрелые. Настроение лабильное. Эмоциональные качества не устойчивы, легко раздражается. Испытывает патологическое влечение к ЛОВ. Критика низкая. Установки на лечение нет.

Проведённое лечение: витамины В1, В6, В12, С, ноотропы, сонапакс, диазолин.

Психотерапия: рациональная.

В отделении режим соблюдал, выполнял все требования врача. Был в меру общителен, в кругу сверстников адаптировался. В результате лечения купированы проявления интоксикации, нормализовался сон, аппетит, фон настроения. Асоциальных тенденций не выявлено. Влечение к ЛОВ отрицает. Критика к заболеванию - формальная, установка на трезвость – сомнительная. Выписан с улучшением под наблюдение нарколога.

#### ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
3. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК- 9).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

#### Задача 2

Подросток, 17 лет. Учащийся общеобразовательной школы, 9 класс.

Находился в детском наркологическом отделении в течение 2-х недель. Был переведен из взрослого наркологического отделения, куда поступил впервые в состоянии алкогольного опьянения.

Наследственность отягощена алкогольной зависимостью по линии отца. Родился первым ребенком. Отец из семьи ушел рано, этот момент подросток переживал. Далее воспитывался матерью в условиях гипопеки. В развитии от сверстников не отставал. ДДУ посещал. Отношения между матерью и сыном конфликтные, подросток часто уходил из дома, проводил время в асоциальных компаниях. Обучался в общеобразовательной школе с 6 лет. Закончил 8 классов. Успеваемость ниже среднего, к учебе относится формально, пропускает занятия без уважительной причины. Увлечения: на данный момент посещает секцию самбо. Общается в основном с ровесниками, со слов подростка, алкоголь в компании употребляют редко. Состоит на учете в милиции по поводу уходов из дома, бродяжничества. Состоит на учете у психиатра, три года назад проходил лечение в психиатрической больнице в связи с нарушениями поведения. Из перенесенных заболеваний припоминает ветрянку, ОРВИ. Был оперирован по поводу перелома носовой перегородки. Перенес ЗЧМТ легкой степени. Тяжелые соматические заболевания отрицает. Аллергических реакций не было.

Впервые употребил алкоголь в 11 лет – пиво около 200 мл., в компании сверстников. Мотив коммуникативный. Первичная реакция на алкоголь без особенностей, отмечал состояние «эйфории», легкое головокружение. Далее продолжил употреблять алкоголь эпизодически, не более 2 раз в неделю. Синдром отмены не сформирован. Защитные рефлексy сохранены. Промежутки трезвости до 1-2 месяцев. Максимальная толерантность – 1,5 л пива, 50 - 100 мл водки. Предпочитает употреблять алкоголь только в компании подростков. Психотические эпизоды, судорожные припадки отрицает. Патологическое влечение к алкоголю не сформировано. Со слов больного последнее употребление алкоголя было в день госпитализации в наркологическое отделение, в этот день выпил больше обычного, так как в компании присутствовало несколько взрослых парней, вернулся домой сильно пьяным, был возбужден, вел себя неадекватно. Мать отвезла его на прием на такси к дежурному наркологу, по его направлению был госпитализирован в наркологическое отделение, откуда после купирования интоксикации был переведен в детское отделение.

Жалобы при поступлении на слабость, головную боль.

Психический статус при поступлении: Сознание не помрачено. Ориентирован полностью верно. Моторно неусидчив. Контактует формально, в беседе демонстративен, манерен. Контакт избирательный, лжив. Мимика вялая. Настроение снижено. Эмоционально неустойчив. Волевые качества не зрелые. Мышление в замедленном темпе, последовательное. Когнитивные функции без грубого снижения. Круг интересов сужен, суждения инфантильные, четких планов на будущее нет. Влечение к алкоголю отрицает. Критика снижена. Установка на лечение и трезвость низкая.

Невролог: синдром минимальной мозговой дисфункции.

Режим отделения соблюдал формально. В кругу сверстников адаптировался, претендовал на лидерство. Требования врача выполнял.

В результате лечения нормализовался сон, аппетит, фон настроения. Асоциальных тенденций не выявлено. Влечение к алкоголю не отмечалось. Установка на трезвость сомнительная. Критика к заболеванию формальная.

**ЗАДАНИЕ:**

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
3. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК- 9).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

**Задача 3**

Девушка, 15 лет. Учащаяся общеобразовательной школы, 7 класс.

Поступила в детское наркологическое отделение повторно по направлению нарколога.

Воспитывается в неполной семье. Мать развелась с отцом из-за его пьянства, когда больной было 3 года. Живет с матерью и старшей сестрой 19-ти лет в двухкомнатной квартире. Росла и развивалась соответственно возрасту. Страдает хроническим пиелонефритом, хроническим гастритом, врожденным пороком сердца. 8 месяцев назад перенесла ЗЧМТ, последствий не отмечает. Училась посредственно, классы не дублировала, с одноклассниками отношения формальные. По характеру пассивная, подчиняемая. Мать много работала, воспитанием дочерей занималась мало. В последние 3 года начала встречаться с мужчиной, часто ночует у него, вместе с ним выпивает, дочерьми почти не интересуется. Больная много времени проводила с сестрой, слушалась ее во всем, старалась подражать. С 13 лет входит в компанию сестры, вместе с ними выпивала 1-2 раза в месяц, в основном алкогольные коктейли, переносит их хорошо, доза до 500 мл в сутки. Сестра на протяжении 2-х лет употребляет героин, наркотики доставал парень, с которым сестра встречается. Год назад упростила сестру дать и ей попробовать «уколоться». Эффект от наркотика был приятен, спустя несколько дней инъекцию повторила, в дальнейшем употребляла героин систематически, первоначальная доза выросла в 7-8 раз, эффект наркотизации был эйфорическим. Друг сестры, приносивший первые дозы и ей, быстро прекратил снабжать ее наркотиком даром, потребовал в уплату за героин вступить с ним в сексуальные отношения. Согласилась на это легко, в дальнейшем вступала кроме него в сексуальные связи с другими молодыми людьми из компании, относится к этому как к неизбежности, сексуального влечения нет. Начала пропускать занятия в школе, успеваемость снизилась. Через 3-4 месяца, при отсутствии дозы героина был общий дискомфорт, боли в теле, головные боли, тревога, нарушения сна. Быстро купировала эти состояния последующей инъекцией. Три месяца назад сестра и ее друг уехали на несколько дней в другой город, осталась без очередной дозы, мать застала ее в состоянии абстиненции, обратилась с девочкой на прием к детскому наркологу, была впервые госпитализирована в детское наркологическое отделение. В отделении находилась в течение месяца, формально соглашалась, что была зависимой от героина, теперь выздоровела, так как больше употреблять его не будет. Режим соблюдала, общалась с другими больными без конфликтов. Два месяца назад была выписана из отделения под наблюдение участкового нарколога. После выписки возобновила обучение. Периодически пропускала занятия без уважительной причины, к учебе относится формально. За прошедший период проживала с матерью и сестрой, отношения в целом удовлетворительные. Общается теперь с ребятами, с которыми познакомилась на отделении. После выписки героин не употребляла. Алкоголь употребляла эпизодически, 3-4 раза в месяц, в основном алкогольные коктейли. Настоящая толерантность 500 мл алкогольного коктейля в сутки. Крепкие спиртные напитки, суррогаты алкоголя не употребляет. Влечение к алкоголю отрицает. АС не сформирован, рвотный рефлекс сохранен. Алкоголизируется только в компании сверстников. Была задержана инспектором в состоянии алкогольного опьянения, что послужило причиной для повторной госпитализации.

Невролог: энцефалопатия смешанного генеза (токсическая, посттравматическая).

Получен положительный результат анализа на наличие ВИЧ – инфицирования. Больная пока не знает об этом.

**ЗАДАНИЕ:**

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
3. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК- 9).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

#### Задача 4.

Подросток, 17 лет. Учащийся профессионального лицея.

Поступил в детское наркологическое отделение впервые по направлению нарколога.

Наследственность психопатологически не отягощена. Родился первым ребенком в полной, благополучной семье. В развитии от сверстников не отставал. Воспитывался отцом и матерью в условиях строгости. В целом отношения внутри семьи удовлетворительные, особо доверительные отношения с отцом. Побег из дома, бродяжничество отрицает. ДДУ посещал с 3 лет, был адаптирован. С 6 лет обучался в общеобразовательной школе (начинал обучение в лицее, далее был переведен в обычную школу в связи с неправильным поведением). Учился удовлетворительно, в классе пользовался авторитетом. Классы не дублировал. Закончил 9 классов средней школы г. Иваново. На данный момент обучается в профессиональном лицее № 3 по специальности официант - бармен. К учебе относится формально, допускает пропуски занятий по неуважительной причине. Постоянных увлечений не имеет. Круг общения – лица старшего возраста, в компании претендует на лидерство. Однократно обсуждался на КДН по поводу кражи пачки сигарет в магазине. Из перенесенных заболеваний: ветрянка, ОРВИ, краснуха. ЗЧМТ неоднократно, 2 раза с потерей сознания. В анамнезе синкопальные состояния. Операций не было. Аллергические реакции отрицает.

Впервые употребил каннабиноиды (гашиш) в 15 лет, в компании друзей. Негативных реакций при первом употреблении не припоминает, испытал «состояние расслабленности». Далее употребил гашиш через 2 недели, затем употреблял эпизодически – 1-2 раза в месяц. Воздержание до 2 месяцев. Защитный рефлекс не утрачен. Патологическое влечение к каннабиноидам не сформировано. Синдром отмены не сформирован. В течение последних 6 месяцев гашиш употреблял эпизодически только в компании подростков. Начальная толерантность 0,15 гр. гашиша, настоящая толерантность 0,15 – 0,2 гр. гашиша в сутки. Последнее употребление гашиша – за 1 день до поступления. Со слов подростка впервые попробовал алкоголь около года назад. Отмечает негативные реакции. Далее алкоголь не употреблял.

При поступлении предъявлял жалобы на слабость, вялость, головную боль.

Психический статус при поступлении: Сознание не помрачено. Ориентирована полностью верно. Моторно неусидчив. Контактует формально, в беседе лжив. Мимика живая. Настроение снижено. Эмоционально неустойчив. Волевые качества не зрелые. Мышление в замедленном темпе, последовательное. Когнитивные функции без грубого снижения. Круг интересов сужен, суждения инфантильные, четких планов на будущее нет. Патологическое влечение к каннабиноидам отрицает. Критика снижена. Установка на лечение и трезвость формальная.

Педиатр: хронический компенсированный тонзиллит. Проплап митрального клапана. Невролог: грубой очаговой симптоматики не выявлено. Резидуальные проявления посттравматической энцефалопатии.

Режим отделения соблюдал формально. В кругу сверстников адаптировался, претендовал на лидерство. В меру общителен, доброжелателен. Требования врача выполнял, внутреннему распорядку отделения подчинялся.

В результате лечения нормализовались сон, аппетит, фон настроения. Асоциальных тенденций не выявлено. Влечения к каннабиноидам не отмечалось. Установка на трезвость средняя. Критика к заболеванию формальная.

Выписан с улучшением по окончанию курса лечения. Забран отцом под личную ответственность.

#### ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).

3. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК- 9).

4. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

#### Задача 5

Подросток, 17 лет. Учащийся технического училища.

Находился в детском наркологическом отделении в течение месяца. Поступил впервые по направлению участкового нарколога.

Наследственность отягощена алкоголизмом матери. Родился первым ребенком. Мать лишена родительских прав. Подросток находится под опекой бабушки с малолетнего возраста. С бабушкой отношения теплые, хотя в последнее время стал менее послушным, грубит, когда бабушка высказывает недовольство его друзьями. С отцом отношения не поддерживает, его местонахождение не известно. В развитии от сверстников не отставал. ДДУ не посещал, т.к. «часто болел». Обучался в общеобразовательной школе с 7 лет. Закончил 9 классов общеобразовательной школы (указывает, что до 7 класса учился на «хорошо» и «отлично», далее успеваемость резко снизилась по причине знакомства с компанией асоциальных подростков). После окончания школы стал осваивать профессию повара-кондитера в профессиональном лицее, где и обучается в настоящий момент. К учебе относится формально. Взаимоотношения с одноклассниками чаще избирательные, общается в основном с девушками. Кружки, секции не посещает, постоянных увлечений не имеет. Себя оценивает как скромного подростка, поддающегося чужому влиянию, малообщительного, ранимого. Судимостей не было, обсуждался на КДН. Перенесенные заболевания: ветрянка, ОРВИ, сотрясение головного мозга с потерей сознания. Из оперативных вмешательств - аппендэктомия. Отмечает, что на изменение погодных условий реагирует головной болью. Тяжелые соматические заболевания отрицает. Аллергических реакций не было.

Впервые употребил алкоголь в 15 лет в компании подростков, «выпил как все, так веселее». Почувствовал легкую эйфорию, было приятно, чувствовал себя более раскрепощенным. Употребляет алкоголь в течение последних 6 месяцев с частотой 3-4 раза в месяц. Начальная толерантность – 200 мл пива, настоящая толерантность – 0,5 л пива, 0,5 л алкогольного коктейля, максимальная толерантность – 1 л пива или алкогольного коктейля. Рвотный рефлекс сохранен. Количественный и ситуационный контроль сохранены. Влечение к алкоголю не сформировано. Абстинентный синдром не сформирован. Психотические эпизоды, судорожный синдром отрицает. Курит постоянно с 14 лет, по 2-3 сигареты в день. К наркологу обратились по инициативе бабушки.

При поступлении жалобы на слабость, сниженное настроение.

Психический статус при поступлении: Моторно неусидчив, тербит пальцы рук. Общается формально, к контакту не стремится. В беседе демонстративен, манерен. На госпитализацию согласился после длительных уговоров. Сознание не помрачено. Ориентирован полностью верно. Настроение снижено, дисфоричен. Эмоционально неустойчив. Волевые качества не зрелые. Мышление в замедленном темпе, последовательное. Когнитивные функции без грубого снижения. Круг интересов сужен, четких планов на будущее нет. Влечение к алкоголю отрицает. Критика снижена. Установка на лечение и трезвость низкая.

Невролог: резидуальные проявления постинтоксикационной энцефалопатии.

Психолог: Выявлены черты демонстративности. Личность эмоционально-лабильная, незрелая, с ослабленным волевым самоконтролем.

Педиатр: ихтиоз.

Режим отделения соблюдал формально. В кругу сверстников адаптировалась, был в меру общителен, из общей массы не выделялся, ведом, требовал к себе повышенного внимания

В результате лечения нормализовался сон, аппетит, фон настроения. Асоциальных тенденций не выявлено. Влечение к алкоголю не отмечалось. Установка на трезвость сомнительная. Критика к заболеванию формальная.

Выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение нарколога.

#### ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).

2. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
3. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК- 9).
4. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

**Министерство здравоохранения Российской Федерации**

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ивановская государственная медицинская академия»  
Институт последипломного образования**

**Приложение № 1  
к рабочей программе дисциплины**

**Оценочные средства и методические материалы  
для проведения промежуточной аттестации по дисциплине  
«Технологии психокоррекции в наркологической сфере»**

Уровень высшего образования:	подготовка медицинских кадров высшей квалификации
Квалификация выпускника:	врач – <i>психиатр-нарколог</i>
Направление подготовки:	<i>31.08.21 «Психиатрия-наркология»</i>
Тип образовательной программы:	Программа ординатуры
Форма обучения:	очная
Срок освоения образовательной программы:	2 года
Код дисциплины:	Б1.В.ДВ.1.2

# 1. Паспорт ОС по дисциплине «Технологии психокоррекции в наркологической сфере»

## 1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	2 год обучения
ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	2 год обучения
ПК-8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации	2 год обучения
ПК-9	Готовность к формированию у населения пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	2 год обучения

## 1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
1.	УК-1	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- основы логики</li> <li>- философские диалектические принципы</li> <li>- методологию диагноза</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- правильно (адекватно) использовать нормативные документы здравоохранения, включающие законы, приказы, решения, распоряжения и международные стандарты</li> </ul> <p><b>Владеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- логическим мышлением</li> <li>- способностью к анализу и синтезу</li> </ul>	Комплекты: 1. Тестовых заданий; 2. Ситуационных задач.	Зачет  2 год обучения
2.	ПК-1	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- организационно-экономические основы деятельности учреждений здравоохранения и медицинских работников в условиях бюджетно-страховой медицины; основы социальной</li> </ul>		

		<p>гигиены, организации и экономики здравоохранения, медицинской этики и деонтологии</p> <p>- санитарно-гигиенические и профилактические мероприятия по охране здоровья подростков, противоэпидемические мероприятия и эпидемиологию наркологических заболеваний</p> <p><b>Умеет:</b></p> <p>- работать с семьей больного алкоголизмом и наркоманией, определить степень созависимости и провести психокоррекционное и психотерапевтическое лечение</p> <p>- проводить санитарно-просветительную работу по предупреждению употребления и злоупотребления алкоголем и психоактивными веществами, в т.ч. табаком</p> <p>- оказывать консультативно-методическую помощь врачам общей медицинской сети здравоохранения по раннему выявлению лиц, злоупотребляющих алкоголем, а также лиц, склонных к употреблению психоактивных веществ</p> <p>- осуществлять профилактику социально-опасных действий больных наркологического профиля</p> <p>- проводить самостоятельный прием наркологических больных в диспансере</p> <p><b>Владеет:</b></p> <p>- адекватной этиотропной и патогенетической профилактикой наркологических больных</p>		
3.	ПК-8	<p><b>Знает:</b></p> <p>- применение физиотерапии, лечебной физкультуры и врачебного контроля, показания и противопоказания к пребыванию в специализированных учреждениях</p> <p><b>Умеет:</b></p> <p>- разработать схему амбулаторного ведения больного, профилактику обострений после выписки больного из стационара</p> <p><b>Владеет:</b></p> <p>- дифференцированными методами реабилитации больных</p>		

4.	ПК-9	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- принципы и методы формирования здорового образа жизни</li> <li>- организацию и принцип работы центра социальной реабилитации</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- формировать у пациентов мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</li> </ul> <p><b>Владеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- системой выбора принципов и методов формирования здорового образа жизни</li> </ul>		
----	------	--	--	--

## 2. Оценочные средства

### 2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий

#### 2.1.1. Содержание.

С помощью тестовых заданий оцениваются теоретические знания по дисциплине.

#### 2.1.2. Критерии и шкала оценки

Тестирование проводится на последнем занятии дисциплины и является допуском к промежуточной аттестации. Тестовый контроль оценивается отметками «зачтено», «не зачтено».

Отметка «зачтено» на этапе тестирования выставляется, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. Ординатор проходит тестирование до получения отметки «зачтено».

### 2.2. Оценочное средство: ситуационные задачи

#### 2.2.1. Содержание.

С помощью ситуационных задач оцениваются теоретические знания и умения по дисциплине.

#### 2.2.2. Критерии и шкала оценки

Теоретические знания и практические навыки оцениваются отметками «зачтено» и «не зачтено».

Компетенция	«зачтено»	«не зачтено»
УК-1	<p><b>Умеет:</b> абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы</p> <p><b>Владеет:</b> абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы</p>	<p><b>Умеет</b> <u>Не способен</u> - абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы</p>
ПК-1	<p><b>Умеет:</b> осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их</p>	<p><b>Умеет</b> <u>Не способен</u> осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни,</p>

	<p>раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p> <p><b>Владеет:</b> осуществляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>	<p>предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>
ПК-8	<p><b>Умеет:</b> применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации</p> <p><b>Владеет:</b> <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> применяет природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации</p>	<p><b>Умеет:</b> <u>Не способен</u> применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации</p>
ПК-9	<p><b>Умеет:</b> формировать у пациентов мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p> <p><b>Владеет:</b> системой формирования у пациентов мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих выбора принципов и методов формирования здорового образа жизни</p>	<p><b>Умеет:</b> <u>Не способен</u> формировать у пациентов мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p>

### 2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания.

Собеседование по ситуационным задачам проводится во время промежуточной аттестации.

### 3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине

До зачета по модулю дисциплины допускаются ординаторы, получившие отметку «зачтено» за выполнение тестовых заданий.

Обучающийся получает отметку «зачтено», если за оба этапа поставлены отметки «зачтено».

## ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-8, ПК-9

### **Задание #1**

*Вопрос:*

У кого чаще наблюдается ипохондрический тип внутренней картины болезни?

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) у больных с паранойяльным расстройством личности
- 2) у лиц с чертами тревожной мнительности
- 3) у гармоничной личности
- 4) у больных деменцией
- 5) у больных умственной отсталостью

### **Задание #2**

*Вопрос:*

Выделите признаки, которые включают в понятие алекситимии:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) невозможность предвидеть последствия своих поступков
- 2) трудность в вербализации чувств
- 3) трудность разграничения соматических ощущений и эмоций
- 4) затрудненность контактов с окружающими

### **Задание #3**

*Вопрос:*

Продолжительный прием больших доз транквилизаторов

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) не приводит к развитию зависимости
- 2) может приводить к развитию психической зависимости
- 3) может приводить к развитию психической и физической зависимости
- 4) может приводить к развитию физической зависимости

### **Задание #4**

*Вопрос:*

Появление оговорки происходит обычно по причине (З.Фрейд):

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) соматических расстройств
- 2) соотношения звуков и слов (словесные ассоциации)
- 3) возбуждения, расстройства внимания
- 4) утомления, рассеянности
- 5) противодействия двух различных намерений

### **Задание #5**

*Вопрос:*

Пациент подавлен, заторможен, отмечает выраженное снижение настроения и суицидальные мысли. Какой антидепрессант в этом случае предпочтительнее?

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) amitriptyline (triptizol)

- 2) пароксетин (паксил)
- 3) имипрамин (мелипрамин)
- 4) кломипрамин (анафранил)

### **Задание #6**

*Вопрос:*

Эффект плацебо:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) следует избегать, так как он не позволяет оценить истинную эффективность применения подобранного лечения
- 2) следует избегать по этическим соображениям
- 3) следует избегать из-за возможности эффекта «отрицательного плацебо»
- 4) может и должен быть использован при фармакотерапии

### **Задание #7**

*Вопрос:*

Что может служить критерием отличия кататонического ступора от депрессивного?

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) продолжительность
- 2) отказ от еды
- 3) степень выраженности
- 4) негативизм, повышение мышечного тонуса

### **Задание #8**

*Вопрос:*

Задачей группового психотерапевта является:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) недирективное ориентирование активности группы; стимулирование группы
- 2) все перечисленное
- 3) способствовать усвоению пациентом навыков сотрудничества и взаимопомощи
- 4) являть собой образец поведения в групповой ситуации
- 5) постоянный контроль над соотношением сплоченности и напряженности в группе

### **Задание #9**

*Вопрос:*

Транквилизатором с выраженным снотворным действием является:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) грандаксин
- 2) рудотель
- 3) нитразепам
- 4) неуптил
- 5) триоксазин

### **Задание #10**

*Вопрос:*

С целью профилактики лекарственной зависимости транквилизаторы необходимо:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) назначать 6-12 месяцев
- 2) назначать не более 1 месяца
- 3) назначать 3-6 месяцев
- 4) назначать 1-3 месяца

### **Задание #11**

*Вопрос:*

В основе гештальт-терапии лежит:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) экзистенциализм
- 2) все перечисленное
- 3) бихевиоризм
- 4) гештальт-психология
- 5) психоанализ

### **Задание #12**

*Вопрос:*

К основным классическим клинико-психотерапевтическим принципам в работе с больными шизофренией относятся все перечисленные, за исключением:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) доверительного обучения больного известной диссимуляции
- 2) принципа особого значения эмоционально-тесного контакта с врачом
- 3) эмоционально благотворного оживления пациента различными способами
- 4) активирование поведения как воздействия на психику, в конечном счете, через моторику
- 5) принципа критического наступления на бредовые и сверхценные, навязчивые построения

### **Задание #13**

*Вопрос:*

Процесс, посредством которого психологический комплекс идей, желаний, чувств и т.д. заменяется физическими симптомами, называется:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) вытеснением
- 2) овеществлением
- 3) конверсией
- 4) смещением

### **Задание #14**

*Вопрос:*

Основами какого метода психотерапии являются понятия отношение фигуры и фона, осознание чувств и сосредоточенность на настоящем, единство и борьба противоположностей, функции и защиты, принятие ответственности на себя:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) клиентцентрированной терапии Роджерса
- 2) индивидуальной психотерапии Адлера
- 3) гештальт-терапии
- 4) аналитической психотерапии Юнга
- 5) психоанализа

### **Задание #15**

*Вопрос:*

Что из перечисленного является ведущим в терапии неврозов?

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) нейролептики
- 2) психотерапия
- 3) антидепрессанты
- 4) транквилизаторы

### **Задание #16**

*Вопрос:*

Методика парадоксальной интенции Франкла состоит в том, что:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) пациент неожиданно перестает сопротивляться своим obsessions или фобиям, дает им полную власть над собой и в этом страдании переживает душевный триумф
- 2) пациент искренне юмористически хочет, чтобы случилось то, что составляет содержание obsessions
- 3) пациент неожиданно резко интенсивно начинает сопротивляться obsessions, фобиям, намереваясь с юмором вытолкнуть их из души и более не впускать
- 4) пациент неожиданным для него интересным, захватывающим занятием, зрелищем отвлекается от болезненных расстройств

### **Задание #17**

*Вопрос:*

Какие из перечисленных транквилизаторов относятся к «дневным»?

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) мезапам
- 2) хлордиазепоксид
- 3) сибазон
- 4) нитразепам

### **Задание #18**

*Вопрос:*

В отличие от театра в психодраме участник исполняет роль:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) невротика, а психотерапевт - роль здорового
- 2) наедине с психотерапевтом
- 3) исполняет роль компульсивно
- 4) не на сцене, а в специальной психотерапевтической комнате
- 5) в импровизированном представлении, активно экспериментирует с теми значимыми для него ролями, которые он играет в реальной жизни

### **Задание #19**

*Вопрос:*

Из перечисленного ниже бензодиазепинам свойственно:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) антибредовое действие

- 2) уменьшение эмоционального напряжения
- 3) антидепрессивное действие
- 4) ноотропное действие

### **Задание #20**

*Вопрос:*

Групповая психотерапия противопоказана больным:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) склонным к образованию бредовых идей отношения
- 2) психопатией возбудимого круга
- 3) психастенией
- 4) с обычными жизненными трудностями
- 5) шизофренией в стадии ремиссии

### **Задание #21**

*Вопрос:*

Стресс (по Г. Селье) - это:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) защитно-приспособительное напряжение организма, вызванное эмоциональным стрессором
- 2) вид дистресса
- 3) неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование, общий адаптационный синдром
- 4) нервное вредоносное напряжение

### **Задание #22**

*Вопрос:*

Седативный эффект характерен для антидепрессанта:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) аурорикс
- 2) золофт
- 3) мелипрамин
- 4) леривон

### **Задание #23**

*Вопрос:*

Для лечения обсессивно-компульсивных расстройств предпочтительнее из антидепрессантов:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) неселективные ингибиторы обратного захвата моноаминов
- 2) обратимые ингибиторы МАО
- 3) необратимые ингибиторы МАО
- 4) избирательные ингибиторы обратного захвата серотонина

### **Задание #24**

*Вопрос:*

Внушение действует обычно тем сильнее, чем:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) критичнее пациент относится к тому, что ему внушают

- 2) сильнее охвачен пациент верой в психотерапевта
- 3) спокойнее, будничнее держится психотерапевт
- 4) более склонен пациент к психоаналитической терапии
- 5) тоньше, глубже размышление о механизме совершающегося с ним в это время

### **Задание #25**

*Вопрос:*

Для лечения панических расстройств предпочтительней из антидепрессантов:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) неселективные ингибиторы обратного захвата моноаминов
- 2) необратимые ингибиторы МАО
- 3) избирательные ингибиторы обратного захвата серотонина
- 4) обратимые ингибиторы МАО

## **СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ**

### Задача 1

Больной Т., 20 лет, находился на стационарном лечении в отделении неврозов. Наследственность неотягощена, родился здоровым, рос и развивался нормально. Воспитывался в условиях конфликтных отношений между родителями из-за пьянства отца. Семья жила в Киргизии, в сельской местности. Когда больному было 10 лет, вместе с семьей переехал в Россию из-за межнациональных конфликтов. Жили так же в сельской местности. Получил среднее специальное образование, освоил профессию механизатора. В настоящее время работает в совхозе механизатором, живёт с матерью и сестрой, отношения хорошие. Выпивает 1-2 раза в неделю по 1 бутылке пива. Был призван в армию 2 года назад, служил в артиллерийских войсках, 15 месяцев участвовал в боевых действиях на территории Чечни. В начале испытывал страх, потом адаптировался. Чтобы снять нервное напряжение ежедневно выпивал по 100- 200 гр. водки. В последнем бою получил ранение в область живота, на его глазах произошла гибель товарища. Лечился в госпитале, после чего вернулся домой. В течение месяца продолжал ежедневно выпивать, потом устроился на работу и частый приём алкоголя прекратил. Вскоре после этого каждую ночь стал видеть кошмарные сновидения с воспроизведением боевых действий, гибели товарища, угрозой собственной гибели. В течение ночи часто просыпался, не мог выспаться, отсутствовало чувство бодрости, отдыха после сна. Появились головные боли, раздражительность, неустойчивое настроение. Такое состояние продолжалось около месяца после чего сам обратился в поликлинику ЦРБ, был госпитализирован в отделение неврозов. В отделении быстро освоился, легко общался, был приветлив, дружелюбен, настроен на лечение. Отмечалось лёгкое снижение фона настроения, в первые дни пребывания – утомляемость.

Соматически и неврологически здоров.

По данным опросника Шмишека определялось усиление дистимических и тревожных черт. После проведённого лечения состояние улучшилось, пугающие сновидения исчезли. Находился в лечебном отпуске дома, там чувствовал себя хорошо. Был выписан домой.

**ЗАДАНИЕ:**

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-1).
2. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК- 9).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

### Задача 2

Больная К. 28 лет.

Живет в поселке городского типа, работает продавцом. Некоторое время проживала с мужем, в настоящее время живут раздельно, ожидает развода. Планирует выйти замуж за мужчину, находящегося в заключении. Курит. Алкоголь употребляет 2-3 раза в неделю, влечение отрицает. С мужем сложились напряженные отношения, он преследует больную, требует, чтобы она вернулась, угрожает ей расправой. Несколько месяцев назад появились приступообразные состояния удушья, во время которых больная не может полностью глубоко вдохнуть, испытывает сильнейший страх задохнуться и умереть. Настроение стало неустойчивым, беспокоит бессонница, плаксивость, тревожность. Самостоятельно принимала корвалол, новопассит. Улучшения не отмечала. Обратилась на прием к участковому психиатру.

При обращении несколько демонстративна, предъявляла многочисленные жалобы на состояние здоровья, приступы удушья, эмоциональную неустойчивость, раздражительность, слабость, плаксивость, головные боли, сложности при концентрации внимания, нарушения сна. Фиксирует внимание на вегетативных нарушениях, длительной бессоннице, кошмарных сновидениях. Считает себя больной. Настроена на лечение. Ориентирована полностью верно. Сознание не помрачено. Бреда, галлюцинаций нет. Мышление последовательное, в обычном темпе. Эмоционально лабильна. Интеллект, память без снижения. Настроение патологически не изменено.

Неврологическое состояние. Лицо с незначительной асимметрией. Язык прямо. ЧМН без патологии. Сух. рефлексы симметричные. В позе Ромберга устойчива. Отмечается тремор век, кистей, гипергидроз, разлитой красный дермографизм. Заключение невролога: вегетососудистая дистония, смешанный тип.

#### ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-1).
2. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК- 9).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

#### Задача 3

Больная К., 32-х лет.

Наследственность психопатологически не отягощена. Раннее развитие по возрасту. Детский сад посещала только 1 год непосредственно перед школой, до этого с ней сидела бабушка. Закончила 11 классов общеобразовательной школы. Училась хорошо. Была достаточно активной, общительной, имела много друзей. Работала продавцом. Замужем с 18 лет. Проживает с мужем и сыном 3,5 лет. Считает свой брак удачным, но в то же время скучает без романтических отношений с другими мужчинами. Сексуальная жизнь дисгармонична, не испытывает удовлетворения. В 20 лет был выкидыш. Курит. Алкоголь употребляет эпизодически, без признаков зависимости.

Впервые психические расстройства появились около 5 лет назад после ограбления магазина, в котором она работала. После этого длительно сохранялось беспокойство, страх, боялась, что за ней придут грабители. Лечилась с улучшением на отделении неврозов в психиатрической больнице районного центра. Настоящее состояние появилось около года назад. Стали возникать мысли о том, что может причинить вред своему ребенку, убить его. Эти мысли сопровождались чувством вины перед ним, периодическими приступами тревоги и тоски; сон стал поверхностным. Снова лечилась на отделении неврозов в районной психиатрической больнице, у частного психотерапевта. Улучшения не было. По собственной инициативе добилась госпитализации в областную психиатрическую больницу.

При поступлении во время беседы больная была довольно спокойна. Мышление в обычном темпе, последовательное. Говорит о том, что ее преследуют мысли о том, что она своими действиями может причинить вред своему ребенку, «а вдруг я брошу его под машину..., выкину..., столкну с лестницы...» и т.д. Описывает эти мысли как чуждые ей, понимает, что не сделает этого, но в то же время боится, что может сделать. Испытывает сильное беспокойство, когда приходится оставаться дома с ребенком одной, вести его в детский сад. Попросила своих родителей переехать к ним с мужем, чтобы не оставаться одной с ребенком. Когда дома находится кто-то еще, чувствует себя спокойно. Также не может длительное время оставаться без ребенка, испытывает постоянную потребность в нем, скучает без него. На этом фоне периодически возникают приступы тоски,

тревоги, чувство сдавления в груди. Часто не хочется ничего делать, хочется, чтобы ее оставили в покое. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики не обнаруживает. Во время беседы патологии памяти, внимание, интеллекта не обнаруживает.

**ЗАДАНИЕ:**

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-1).
2. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК- 9).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

**Задача 4**

Больная С., 33 года.

Достоверные объективные сведения о больной отсутствуют. С ее слов, родители злоупотребляли алкоголем. Отца помнит плохо, поскольку он рано ушел из семьи. Росла в условиях безнадзорности. Посещала ДДУ. В школу пошла вовремя. По характеру с детства была не очень общительной, имела одну подругу. В среде окружающих ничем не выделялась. В школе училась плохо, однако классы не дублировала и дисциплину не нарушала. Учиться было неинтересно. Окончила 8 классов, 9-й класс в ШРМ, а также ПТУ, получила специальность швеи. Около 1 года работала швеей, в дальнейшем из-за развала предприятия оформила свидетельство ИП и стала заниматься транспортными перевозками. Начальный капитал получила за счет наследства. Тяжелыми соматическими заболеваниями не болела. Половая жизнь с 17 лет, замуж вышла в 18 лет. К замужеству готова не была, но мать мужа убедила оформить брак и прописаться в их доме, т.к. предполагала, что дом будет снесен, и они получат новое жилье. Брак считает неудачным, поскольку муж злоупотребляет алкоголем и на него нельзя положиться.

С детских лет периодически один-два раза в месяц испытывает сильное напряжение, когда находится в местах, где можно что-либо безнаказанно украсть. В детстве воровала мелкие вещи в гостях (клипсы, одеколон и др.). После кражи напряжение быстро проходило. Украденными вещами, как правило, не пользовалась, прятала их или отдавала кому-либо, т.к. интерес к ним пропадал. Последние годы желание что-либо украсть возникает в супермаркетах. Продолжает воровать ненужные ей вещи, сигареты, ложки, ножницы. Неоднократно задерживалась охраной. Как правило, конфликт заканчивался примирением сторон. Несмотря на то, что охрана ее знала в лицо и следила за ней, продолжала совершать мелкие кражи. В настоящее время против больной возбуждено уголовное дело за очередную мелкую кражу. Сама обратилась на прием к психиатру с жалобами на плохой сон, апатию, безразличие, нервозность, эмоциональную лабильность, а также непреодолимое желание совершать кражи. Была направлена на стационарное лечение в отделение неврозов. Факт возбуждения уголовного дела скрыла. Это обстоятельство стало известным после получения запроса от следователя.

При беседе с врачом контакту доступна, на вопросы отвечает по существу. Настроение несколько тревожное. Эмоционально лабильна. При разговоре об отношениях с мужем на глазах появляются слезы. Активной психотической симптоматики не продуцирует. Сообщила, что в стрессовых ситуациях испытывает волнение, появляется чувство комка в горле, дрожание рук. При конфликтах с мужем кричит, кидает вещи на пол. Круг интересов сужен: общественной жизнью не интересуется, книг и газет не читает, по телевизору смотрит развлекательные телепередачи типа «Пусть говорят» и «Дом 2». Запас знаний ниже полученного образования. Допускает ошибки в элементарных математических операциях, путается в простых географических понятиях (не может назвать столицы крупных европейских государств). Абстрактное мышление доступно в суженном объеме: не всегда может интерпретировать смысл пословиц, распространенные крылатые выражения интерпретирует правильно. Критически оценивает сложившуюся ситуацию. Считает себя вменяемой. Не пытается оправдываться.

По заключению психолога отмечается снижение адаптивных возможностей у незрелой зависимой личности с выраженным истерическим радикалом.

**ЗАДАНИЕ:**

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-1).
2. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК- 9).

### 3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

#### Задача 5

Больная П., 47 лет.

Наследственность психопатологически неотягощена. Родилась и до 37 лет проживала в Казахстане. Раннее развитие без особенностей, в школе училась «средне», окончила кооперативный техникум, работала по специальности. По характеру всю жизнь была общительной, в компании была на виду, привлекала внимание мужчин. Обидчива, особенно чувствительна к ущемлению ее прав. Вышла замуж в возрасте 23 лет, по любви после длительного периода знакомства. Имеет от брака 2-х взрослых дочерей. Перенесенные заболевания: пневмония, страдает диффузным зобом, железодефицитной анемией. С 24-х лет наблюдаются приступообразные головные боли, по поводу которых лечится без особого эффекта. 10 лет назад семья больной вынуждена была переехать из Казахстана в Иваново в связи с наступившими тяжелыми социально-бытовыми условиями жизни. Отъезд переживала тяжело, т.к. долго не могла приспособиться к новым условиям жизни. Ситуация усугублялась материальными трудностями и пьянством мужа. С мужем часто конфликтовала, были взаимные проявления неверности. Состояние ухудшилось три года назад, усилились головные боли, обращалась к различным специалистам, однако лечение оказывалось не достаточно эффективным. Пыталась устроиться на работу, но не могла найти подходящего места. Часто плакала, плохо спала, большую часть времени была в подавленном настроении. На фоне конфликтов с мужем дважды совершала демонстративные суицидальные попытки (выпила 10 таблеток феназепамы, пыталась порезать сосуды на руке). Госпитализирована в психиатрическую больницу по инициативе родственников.

При поступлении: настроение снижено, контакт формальный, периодически плачет, подозрительна, недоверчива. Сознание не помрачено, ориентирована. Обманов чувств не обнаруживает. Мышление в замедленном темпе, без структурных, содержательных расстройств. Эмоционально лабильна, фон настроения снижен, жалуется на тоску, тревогу. Суицидальные мысли отрицает, попытку ни как не объясняет: «спрашивайте у мужа». Память снижена в силу идеаторной заторможенности. Концентрация внимания снижена.

В отделении: первые дни фон настроения был понижен, отказывалась от общения с окружающими, плакала. Первое время в отделении была замкнута, не откровенна, фон настроения оставался пониженным. Постепенно под влиянием лечения состояние больной улучшилось, стала доступна контакту, сообщила о себе подробные анамнестические сведения, постепенно выровнялся фон настроения. Находилась в пробном отпуске, появилось критическое отношение к своему состоянию и поведению перед госпитализацией. В настоящее время контакту легко доступна, фон настроения ровный, эмоционально адекватна, реагирует на юмор, строит реальные планы на будущее. Отмечает, что за время нахождения в больнице существенно пересмотрела свои взгляды на жизнь и стала более гибкой. Улучшилось соматическое состояние, стихли головные боли.

При психологическом обследовании выявлены демонстративные черты личности и ипохондричность.

Заключение невролога. Венозная энцефалопатия. Вегето-сосудистая дистония по смешанному типу. Синдром гемикрании. Остеохондроз шейного отдела позвоночника. Синдром затылочного нерва справа.

Заключение терапевта. Миокардиодистрофия сложного генеза. Хроническая железодефицитная анемия, некомпенсированная. Хронический гастродуоденит, ремиссия. Диффузное увеличение щитовидной железы. Дерматит кистей.

Выписана домой с мужем в удовлетворительном психическом и соматическом состоянии под наблюдение участкового психиатра, терапевта, невролога, дерматолога.

#### ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-1).
2. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК-9).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).



**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Ивановская государственная медицинская академия»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**«УТВЕРЖДАЮ»**

Проректор по последипломному  
образованию и клинической работе,  
\_\_\_\_\_/ В.В. Полозов/  
« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА**

**Дисциплина  
«Профессиональное консультирование, обучение  
и ресоциализация наркологических больных»**

**Уровень высшего образования:** подготовка кадров высшей квалификации

**Тип образовательной программы:** программа ординатуры

**Специальность:** 31.08.21 Психиатрия-наркология

**Присваиваемая квалификация:** Врач-психиатр-нарколог

**Форма обучения:** очная

**Срок освоения образовательной программы:** 2 года

**Код дисциплины:** Б1.В.ДВ.2.1

**I. ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА**

Рабочая программа дисциплины разработана в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология (уровень подготовки кадров высшей квалификации), с учётом рекомендаций примерной основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология.

### **1. Цели и задачи дисциплины:**

**Цель:** сформировать необходимый уровень знаний, умений и навыков, а также опыт деятельности по вопросам профессионального консультирования, обучения и ресоциализации наркологических больных, для реализации профессиональной деятельности врача-психиатра-нарколога.

**Задачи:** 1. Сформировать обширный и глубокий объем базовых, фундаментальных медицинских знаний, формирующих профессиональные компетенции врача, способного успешно решать свои профессиональные задачи.

2. Сформировать и совершенствовать профессиональную подготовку врача-специалиста психиатра-нарколога, обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующегося в сложной патологии, имеющего углубленные знания смежных с наркологией дисциплин

3. Сформировать умения в освоении новейших технологий и методик в сфере своих профессиональных интересов.

4. Подготовить психиатра-нарколога к самостоятельной профессиональной лечебно-диагностической деятельности, умеющего провести дифференциально-диагностический поиск, оказать в полном объеме медицинскую помощь, в том числе при urgentных состояниях, провести профилактические и реабилитационные мероприятия по сохранению жизни и здоровья во все возрастные периоды жизни пациентов наркологического профиля, способного успешно решать свои профессиональные задачи.

5. Подготовить врача-психиатра-нарколога, владеющего навыками и врачебными манипуляциями по профильной специальности и общеврачебными манипуляциями по оказанию скорой и неотложной помощи.

### **2. Место дисциплины в структуре ОПОП:**

Дисциплина «Профессиональное консультирование, обучение и ресоциализация наркологических больных» относится к Блоку 1 «Дисциплины (модули)», дисциплинам по выбору вариативной части программы ординатуры, установленной Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГОС ВО) по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология.

### **3. Требования к результатам освоения дисциплины:**

Изучение данной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций:

- готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации (ПК-8);

- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

### **Перечень практических навыков**

#### Врач психиатр-нарколог должен уметь:

- разработать схему обоснованного восстановительного, поддерживающего и противорецидивного лечения больному алкоголизмом и наркоманией (ПК-6),
- участвовать в проведении психотерапевтического лечения (индивидуальная, групповая, семейная психотерапия и др. методы) (ПК-6),
- оценить эффективность лечения, разработать и осуществить мероприятия по предупреждению срывов и рецидивов заболевания (ПК-6),
- работать с семьей больного алкоголизмом и наркоманией, определить степень созависимости и провести психокоррекционное и психотерапевтическое лечение (ПК-1),
- проводить санитарно-просветительную работу по предупреждению употребления и злоупотребления алкоголем и психоактивными веществами, в т.ч. табаком (ПК-1),
- оказывать консультативно-методическую помощь врачам общей медицинской сети здравоохранения по раннему выявлению лиц, злоупотребляющих алкоголем, а также лиц, склонных к употреблению психоактивных веществ (ПК-1),
- осуществлять профилактику социально-опасных действий больных наркологического профиля (ПК-1),
- провести комплексное лечение больного наркологического профиля с учетом психопатологического и соматического состояния пациента, включающее режим, диету, медикаментозные средства, методы неотложной терапии и реанимации, заместительной и поддерживающей терапии, ЛФК, физиотерапию, реабилитационные мероприятия, психокоррекцию и т.д. (ПК-8),

#### Врач психиатр-нарколог должен владеть:

- Реабилитационные мероприятия наркологических больных.

**4. Общая трудоемкость дисциплины составляет 2 зачетных единицы, 72 академических часа.**

Общая трудоемкость		Количество часов					Внеаудиторная самостоятельная работа	Форма контроля
в ЗЕ	в часах	Контактная работа						
		Всего	Лекции	Семинары	Практические занятия			
2	72	48	4	20	24	24	Зачет	

## II. УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН ДИСЦИПЛИНЫ - ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ, ОБУЧЕНИЕ И РЕСОЦИАЛИЗАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.

Учебно-тематический план дисциплины (в академических часах) и матрица компетенций

Наименование разделов дисциплины (модулей) и тем	Всего часов на контактную работу	Контактная работа			Внеаудиторная самостоятельная работа	Итого часов	Формируемые компетенции				Образовательные технологии		Формы текущего контроля
		Лекции	Семинары	Практические занятия			УК-1	ПК-1	ПК-8	ПК-9	традиционные	интерактивные	
1 Профессиональное консультирование, обучение и ресоциализация наркологических больных.							+	+	+	+	ЛВ ПЗ СЗ	МГ ДИ	С Т
<b>ИТОГО:</b>	<b>48</b>	<b>4</b>	<b>20</b>	<b>24</b>	<b>24</b>	<b>72</b>							

**Список сокращений:** лекция-визуализация (ЛВ), семинарское занятие (СЗ), практическое занятие (ПЗ), метод малых групп (МГ), деловая и ролевая учебная игра (ДИ), собеседование по контрольным вопросам (С), тестирование (Т).

### III. УЧЕБНАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ

#### 3.1. Содержание дисциплины

Профессиональное консультирование, обучение и ресоциализация наркологических больных.

##### *Формы работы ординатора на практических или семинарских занятиях:*

- Реферирование отдельных тем по дисциплинам.
- Подготовка тезисов, докладов для семинарских занятий.
- Обзор литературных источников.
- Участие в изготовлении учебных пособий (таблиц).
- Самостоятельный анализ и интерпретация лабораторных тестов. Амбулаторный прием больных с заполнением медицинской карты.

Доклады по результатам индивидуальных заданий, выполняемых во время производственной практики

#### 3.2. Тематический план лекционного курса

№ Раздела, а, темы	Тема и ее краткое содержание	Часы
1.	Организация профессионального консультирования наркологических больных.	2
2.	Методы реабилитационной работы с пациентами наркологического профиля.	2
	<b>Итого</b>	<b>4</b>

#### 3.3. Тематический план семинаров

№ Раздела, темы	Тема и ее краткое содержание	Часы
1.	Организация профессионального консультирования наркологических больных.	10
2.	Методы реабилитационной работы с пациентами наркологического профиля.	10
	<b>Итого</b>	<b>20</b>

#### 3.4. Тематический план практических занятий

№ Раздела, темы	Тема и ее краткое содержание	Часы
1	Организация профессионального консультирования наркологических больных.	12
2	Методы реабилитационной работы с пациентами наркологического профиля.	12
	<b>Итого</b>	<b>24</b>

#### 3.5. Образовательные технологии, в том числе перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине

В процессе изучения дисциплины предусматривается использование следующих образовательных технологий, методов обучения и инновационных форм учебных занятий: технологии проблемного обучения, технологий развития критического мышления, технологии коллективного способа обучения, рейтинговой технологии, интерактивных занятий.

Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине: мультимедиа технологии, технологии визуализации.

Для подготовки докладов, выполнения индивидуальных заданий ординаторы используют электронный каталог библиотеки, электронные ресурсы электронных библиотечных систем «Консультант врача» и «Консультант студента».

При этом используются разнообразные технические устройства и программное обеспечение, информационные и коммуникационные технологии.

Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине: презентационная графика, интерактивные информационные технологии, учебные видеофильмы.

#### **IV. ФОРМЫ КОНТРОЛЯ. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ КОНТРОЛЯ УРОВНЯ СФОРМИРОВАННОСТИ КОМПЕТЕНЦИЙ (ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ)**

**4.1. Текущий контроль** успеваемости на занятиях проводится в форме устного опроса, собеседования, тестирования, решения ситуационных задач, разбора клинических ситуаций, оценки усвоения практических навыков, написание и защита реферата, доклада.

**4.2. Промежуточная аттестация** - в форме зачета по модулю дисциплины на последнем занятии, который проводится в два этапа: тестирование и решение ситуационной задачи.

##### **4.3. Оценочные средства для текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации**

Оценочными средствами для текущего контроля успеваемости являются: тестовые задания и ситуационные задачи.

Оценочные средства для промежуточной аттестации представлены в Приложении 1 к рабочей программе.

#### **V. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

##### **5.1. Методические указания для самостоятельной работы**

В процессе обучения осуществляются следующие виды самостоятельной работы:

##### **Самостоятельная работа по изучению дисциплины во внеаудиторное время:**

- Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе) с использованием учебных пособий и методических разработок кафедры, а также электронных учебных пособий;

- Самостоятельная проработка отдельных тем учебной дисциплины в соответствии с учебным планом.

- подготовка рефератов и докладов по предложенной тематике, которые заслушиваются либо на практическом занятии (если тема доклада и занятия совпадают)

- выполнение НИР по актуальным вопросам теоретической и практической медицины с оформлением результатов в виде печатных работ и выступлений на заседаниях кафедры и научно-практических конференциях.

- подготовка учебных схем, таблиц;

- создание тематических учебных наборов инструментальных данных (ЭКГ, рентгенограмм, ультразвукового исследования) и лабораторных исследований;

- работа в компьютерном классе с обучающей и/или контролирующей программой;

- работа с учебной и научной литературой

- написание учебных историй болезни.

- работа в компьютерном классе с обучающей и/или контролирующей программой;

- работа с тестами и вопросами для самопроверки освоение алгоритма обследования больного в ходе обследования пациента с контролем со стороны преподавателя;

- интерпретация результатов лабораторных и инструментальных методов исследования;

- курация больных и написание истории болезни.

- участие в научно-практических конференциях, семинарах и т.п.

Контроль самостоятельного изучения тем осуществляется на практических занятиях с использованием тестовых заданий, контрольных вопросов, ситуационных задач, а также в ходе промежуточной аттестации;

На кафедре для самостоятельной работы в аудиторное и внеаудиторное время созданы и постоянно обновляются методические разработки по всем темам рабочей учебной программы дисциплины.

## 5.2. Примеры оценочных средств:

### 1. *Тестовые задания:*

*Выберите один вариант ответа:*

1. При делириозном помрачении сознания наблюдается:

- А. нарушение ориентировки в личности;
- Б. нарушение ориентировки в месте и времени;
- В. «двойственная» ориентировка;
- Г. нет дезориентировки.
- Д. полная дезориентировка

2. Укажите правильное утверждение о толерантности при 1-2 стадии наркомании:

- А) толерантность снижается
- Б) толерантность повышается
- В) толерантность не меняется

### 2. *Контрольные ситуационные задачи:*

Задача: перечислите симптомы психических расстройств, определите синдром, поставьте диагноз, дайте обоснование диагноза, дифференциальный диагноз, лечение, вопросы экспертизы.

Больной К., 42 года, хирург. На протяжении почти недели много оперировал, мало спал. Был вызван по санитарной авиации в районную больницу. Ночью провел сложную операцию, которая завершилась лишь к четырем часам утра. Коллега предложил, «чтобы уснуть», выпить немного коньяка. Выпил 150 г, лег спать в кабинете заведующего отделением. Через 20 минут встал и, по свидетельству персонала, вошел в палату, где находилась только что оперированная пациентка, пытался ее изнасиловать. Агрессивно противодействовал персоналу, разбил окно палаты. После фиксации уснул, события опьянения амнезировал.

## 5.3. Примерная тематика рефератов:

1. Реабилитация героиновых наркоманов.

## VI. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ:

*а) основная литература:*

1. Альтшулер, В. Б. Алкоголизм / В. Б. Альтшулер. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 260 с. – Текст: непосредственный.  
То же. – Текст : электронный // ЭБС Консультант студента. – URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970416013.html> (дата обращения: 14.05.2020).
2. Наркология : национальное руководство / А. А. Абакумова [и др.] ; под ред. Н. Н. Иванца, И. П. Анохиной, М. А. Винниковой ; Ассоц. мед. о-в по качеству, Нац. наркол. о-во. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 926 с. - (Национальные руководства). – Текст: непосредственный.  
То же. – Текст : электронный // ЭБС Консультант врача. – URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438886.html> (дата обращения: 14.05.2020).

3. Психиатрия : национальное руководство / Ю. А. Александровский [и др.] ; гл. ред. Т. Б. Дмитриева [и др.] ; отв. ред. Ю. А. Александровский ; Ассоц. мед. о-в по качеству, Рос. о-во психиатров. - Кратк. изд. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 622 с. : ил. - (Национальные руководства). – Текст: непосредственный.  
То же. – Текст : электронный // ЭБС Консультант врача. – URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970440179.html> (дата обращения: 14.05.2020).
4. Сперанская О.И., Табачная зависимость: перспективы исследования, диагностики, терапии: Руководство для врачей / Сперанская О.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 160 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") – Текст : электронный // ЭБС Консультант студента. – URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970420201.html> (дата обращения: 14.05.2020).

*б) дополнительная литература:*

1. Худяков, А. В. Клинические и социально-психологические основы профилактики зависимости от психоактивных веществ у несовершеннолетних : монография / А. В. Худяков ; ГОУ ВПО Иван. гос. мед. акад. Федер. агентства по здравоохранению и соц. развитию. - Иваново : [б. и.], 2005. - 179 с. – Текст: непосредственный.
2. Руководство по медицинской профилактике : для врачей и фельдшеров, оказывающих первичную медико-санитарную помощь : учебное пособие для системы послевузовского профессионального образования врачей : [гриф] МЗ РФ : [гриф] УМО / Ассоц. мед. о-в по качеству ; под ред.: Р. Г. Оганова, Р. А. Хальфина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 450 с. : ил. - (Национальный проект "Здоровье") (Приоритетные национальные проекты "Здоровье"). – Текст: непосредственный.  
То же. – Текст : электронный // ЭБС Консультант студента. – URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN5970403385.html> (дата обращения: 14.05.2020).
3. Сиволап, Ю. П. Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость / Ю. П. Сиволап, В. А. Савченков. - М. : Медицина, 2005. - 302 с. – Текст: непосредственный.
4. Дискуссионные вопросы наркологии: профилактика, лечение и реабилитация : материалы Российской конференции, Иваново, 8-10 июня 2005 года / ГОУ ВПО Иван. гос. мед. акад. Федер. агентства по здравоохранению и соц. развитию, Упр. здравоохранения Иван. обл. ; под ред. А. В. Худякова. - Иваново : [б. и.], 2005. - 158 с. – Текст: непосредственный.
5. Даренский, И. Д. Аддиктивный цикл / И. Д. Даренский. - М. : Логос, 2008. - 255 с. – Текст: непосредственный.
6. Ивановская региональная психиатрия, современные вопросы оказания психиатрической помощи : сборник научных трудов / Федер. агентство по здравоохранению и соц. развитию, Департамент здравоохранения Иван. обл., ГУЗ Обл. клинич. психиатр. больница "Богородское" ; редкол.: А. М. Футерман (гл. ред.) [и др.]. - Иваново : [б. и.], 2008. - 318 с. – Текст: непосредственный.

Базы данных, архивы которых доступны с персональной регистрацией:

- Научная электронная библиотека, Российский индекс научного цитирования;
- Электронный каталог ИвГМА;
- Электронная библиотека ИвГМА.

Базы данных, архивы которых доступны по подписке ИвГМА

- ЭБС Консультант студента;
- ЭБС Консультант врача;
- Scopus;
- Web of science;
- Elsevier;
- SpringerNature.

Комплект лицензионного программного обеспечения

1. Microsoft Office
2. Microsoft Windows
3. Консультант +

## VII. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ:

Кафедра психиатрии, психологии и наркологии располагается на базе ГУЗ ОКПБ «Богородское» и использует для учебных целей помещения стационара (с. Богородское) и Диспансерного отделения (ул. Окуловой)

Площадь используемых помещений:

1. Кабинет зав. кафедрой: 29,5 м<sup>2</sup> (стационар);
2. Ассистентская: 17,8 м<sup>2</sup> (стационар);
3. Лаборантская: 10,4 м<sup>2</sup> (стационар);
4. Учебные комнаты:
  - 20 м<sup>2</sup> (стационар)
  - 20 м<sup>2</sup> (стационар)
  - 11 м<sup>2</sup> (дневной стационар)
5. Актальный зал (для лекций): 143 м<sup>2</sup>(стационар);
6. Раздевалка: 5,2 м<sup>2</sup>(стационар).

Итого общая площадь: 256,9 м<sup>2</sup>

В том числе учебная площадь (с актовым залом): 194 м<sup>2</sup>

### Средства обеспечения освоения дисциплины.

1. Учебные видеофильмы. Мультимедийные лекции.
2. Наборы слайдов по темам практических занятий и лекций.
3. Наборы рентгенограмм, клинических, биохимических анализов и др.
4. Банк тестовых заданий для практических занятий. Ситуационные задачи.
5. Таблицы по всем темам практических занятий.
6. Тематические папки дидактического материала.
7. CD-диски.
8. Оргтехника, для учебного процесса: компьютер, ноутбук., мультимедийный проектор.
9. Теле- и аудиоаппаратуры: музыкальный центр.
10. Материалов для освоения практических навыков: набор тестов для психодиагностики сфер психики, фотоматериалы по темам занятий, видеоматериалы.

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ивановская государственная медицинская академия»  
Институт последипломного образования**

**Приложение № 1  
к рабочей программе дисциплины**

**Фонд оценочных средств  
для проведения промежуточной аттестации по дисциплине  
«Профессиональное консультирование, обучение  
и ресоциализация наркологических больных»**

Уровень высшего образования:	подготовка медицинских кадров высшей квалификации
Квалификация выпускника:	врач – <i>психиатр-нарколог</i>
Направление подготовки:	<i>31.08.21 «Психиатрия-наркология»</i>
Тип образовательной программы:	Программа ординатуры
Форма обучения:	очная
Срок освоения образовательной программы:	2 года
Код дисциплины:	Б1.В.ДВ.2.1

**1. Паспорт ФОС по дисциплине «Профессиональное консультирование, обучение и ресоциализация наркологических больных»**

**1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина**

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	2 год обучения
ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	2 год обучения
ПК-8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации	2 год обучения
ПК-9	Готовность к формированию у населения пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	2 год обучения

## 1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
1.	УК-1	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- основы логики</li> <li>- философские диалектические принципы</li> <li>- методологию диагноза</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- правильно (адекватно) использовать нормативные документы здравоохранения, включающие законы, приказы, решения, распоряжения и международные стандарты</li> </ul> <p><b>Владеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- логическим мышлением</li> <li>- способностью к анализу и синтезу</li> </ul>	Комплекты: 1. Тестовых заданий; 2. Ситуационных задач.	Зачет  2 год обучения
2.	ПК-1	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- организационно-экономические основы деятельности учреждений здравоохранения и медицинских работников в условиях бюджетно-страховой медицины; основы социальной гигиены, организации и экономики здравоохранения, медицинской этики и деонтологии</li> </ul>		

		<p>- санитарно-гигиенические и профилактические мероприятия по охране здоровья подростков, противоэпидемические мероприятия и эпидемиологию наркологических заболеваний</p> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- работать с семьей больного алкоголизмом и наркоманией, определить степень созависимости и провести психокоррекционное и психотерапевтическое лечение</li> <li>- проводить санитарно-просветительную работу по предупреждению употребления и злоупотребления алкоголем и психоактивными веществами, в т.ч. табаком</li> <li>- оказывать консультативно-методическую помощь врачам общей медицинской сети здравоохранения по раннему выявлению лиц, злоупотребляющих алкоголем, а также лиц, склонных к употреблению психоактивных веществ</li> <li>- осуществлять профилактику социально-опасных действий больных наркологического профиля</li> <li>- проводить самостоятельный прием наркологических больных в диспансере</li> </ul> <p><b>Владеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- адекватной этиотропной и патогенетической профилактикой наркологических больных</li> </ul>		
3.	ПК-8	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- применение физиотерапии, лечебной физкультуры и врачебного контроля, показания и противопоказания к пребыванию в специализированных учреждениях</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- разработать схему амбулаторного ведения больного, профилактику обострений после выписки больного из стационара</li> </ul> <p><b>Владеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- дифференцированными методами реабилитации больных</li> </ul>		
4.	ПК-9	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- принципы и методы формирования здорового образа жизни</li> <li>- организацию и принцип работы центра</li> </ul>		

	социальной реабилитации <b>Умеет:</b> - формировать у пациентов мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих <b>Владеет:</b> - системой выбора принципов и методов формирования здорового образа жизни		
--	--	--	--

## 2. Оценочные средства

### 2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий

#### 2.1.1. Содержание.

С помощью тестовых заданий оцениваются теоретические знания по дисциплине.

#### 2.1.2. Критерии и шкала оценки

Тестирование проводится на последнем занятии дисциплины и является допуском к промежуточной аттестации. Тестовый контроль оценивается отметками «зачтено», «не зачтено».

Отметка «зачтено» на этапе тестирования выставляется, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. Ординатор проходит тестирование до получения отметки «зачтено».

### 2.2. Оценочное средство: ситуационные задачи

#### 2.2.1. Содержание.

С помощью ситуационных задач оцениваются теоретические знания и умения по дисциплине.

#### 2.2.2. Критерии и шкала оценки

Теоретические знания и практические навыки оцениваются отметками «зачтено» и «не зачтено».

Компетенция	«зачтено»	«не зачтено»
УК-1	<b>Умеет:</b> <i>абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы</i> <b>Владеет:</b> <i>абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы</i>	<b>Умеет</b> <b>Не способен</b> - абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы
ПК-1	<b>Умеет:</b> <i>осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека</i>	<b>Умеет</b> <b>Не способен</b> осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и

	<p><i>факторов среды его обитания</i></p> <p><b>Владеет:</b>  <i>осуществляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</i></p>	<p><i>условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</i></p>
ПК-8	<p><b>Умеет:</b>  <i>применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации</i></p> <p><b>Владеет:</b>  <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u>  <i>применяет природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации</i></p>	<p><b>Умеет:</b>  <u>Не способен</u>  <i>применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации</i></p>
ПК-9	<p><b>Умеет:</b>  <i>формировать у пациентов мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</i></p> <p><b>Владеет:</b>  <i>системой формирования у пациентов мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</i>  <i>выбора принципов и методов формирования здорового образа жизни</i></p>	<p><b>Умеет:</b>  <u>Не способен</u>  <i>формировать у пациентов мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</i></p>

### 2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания.

Собеседование по ситуационным задачам проводится во время промежуточной аттестации.

### 3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине

До зачета по модулю дисциплины допускаются ординаторы, получившие отметку «зачтено» за выполнение тестовых заданий.

Обучающийся получает отметку «зачтено», если за оба этапа поставлены отметки «зачтено».

## ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-8, ПК-9

### Задание #1

*Вопрос:*

Отказ больного, несмотря на квалифицированное неоднократное разубеждение, признать отсутствие у него тяжелого соматического заболевания и вытекающие из этого настойчивые просьбы помочь ему, вылечить, спасти жизнь свидетельствуют о наличии у него:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) низкого интеллекта
- 2) рентных установок
- 3) ипохондрического бреда
- 4) ипохондрического отношения к болезни

### **Задание #2**

*Вопрос:*

Групповая психотерапия противопоказана больным:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) с обычными жизненными трудностями
- 2) склонным к образованию бредовых идей отношения
- 3) психастенией
- 4) шизофренией в стадии ремиссии
- 5) психопатией возбудимого круга

### **Задание #3**

*Вопрос:*

Оптимальным стилем руководства психотерапевтической группой является:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) демократический
- 2) анархический
- 3) либеральный
- 4) авторитарный

### **Задание #4**

*Вопрос:*

Выделите признаки, которые включают в понятие алекситимии:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) трудность разграничения соматических ощущений и эмоций
- 2) невозможность предвидеть последствия своих поступков
- 3) трудность в вербализации чувств
- 4) затрудненность контактов с окружающими

### **Задание #5**

*Вопрос:*

Эффект плацебо:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) следует избегать, так как он не позволяет оценить истинную эффективность применения подобранного лечения
- 2) следует избегать из-за возможности эффекта «отрицательного плацебо»
- 3) следует избегать по этическим соображениям
- 4) может и должен быть использован при фармакотерапии

### **Задание #6**

*Вопрос:*

Методика парадоксальной интенции Франкла состоит в том, что:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) пациент неожиданно резко интенсивно начинает сопротивляться obsessions, fobias, намереваясь с юмором вытолкнуть их из души и более не впускать
- 2) пациент неожиданным для него интересным, захватывающим занятием, зрелищем отвлекается от болезненных расстройств
- 3) пациент искренне юмористически хочет, чтобы случилось то, что составляет содержание obsessions
- 4) пациент неожиданно перестает сопротивляться своим obsessions или fobias, дает им полную власть над собой и в этом страдании переживает душевный триумф

### **Задание #7**

*Вопрос:*

Многолетний прием транквилизаторов

*Выберите один из 3 вариантов ответа:*

- 1) оказывает ноотропное действие
- 2) усиливает психоорганический синдром
- 3) не влияет на психоорганический синдром

### **Задание #8**

*Вопрос:*

Пациент подавлен, заторможен, отмечает выраженное снижение настроения и суицидальные мысли. Какой антидепрессант в этом случае предпочтительнее?

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) имипрамин (мелипрамин)
- 2) пароксетин (паксил)
- 3) amitriptylin (триптизол)
- 4) кломипрамин (анафранил)

### **Задание #9**

*Вопрос:*

Побочные эффекты трициклических антидепрессантов включают в себя следующие, кроме:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) задержки мочеиспускания
- 2) нарушения четкости зрения
- 3) тахикардии
- 4) диареи
- 5) сухости во рту

### **Задание #10**

*Вопрос:*

Стресс (по Г. Селье) - это:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) вид дистресса

- 2) защитно-приспособительное напряжение организма, вызванное эмоциональным стрессором
- 3) неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование, общий адаптационный синдром
- 4) нервное вредоносное напряжение

### **Задание #11**

*Вопрос:*

Что из перечисленного является ведущим в терапии неврозов?

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) психотерапия
- 2) транквилизаторы
- 3) антидепрессанты
- 4) нейролептики

### **Задание #12**

*Вопрос:*

В основе гештальт-терапии лежит:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) экзистенциализм
- 2) психоанализ
- 3) все перечисленное
- 4) бихевиоризм
- 5) гештальт-психология

### **Задание #13**

*Вопрос:*

Индивидуальная психология особенно подчеркивает, что у всех духовно несчастных, неуверенных в себе невротиков (Адлер):

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) не было в детстве условий для развития социального чувства как источника мужества, оптимизма, уверенности в своих силах
- 2) не было здоровой душевной наследственности
- 3) были родители, склонные к ипохондрическим переживаниям
- 4) имеются врожденно неполноценные внутренние органы

### **Задание #14**

*Вопрос:*

Для лечения обсессивно-компульсивных расстройств предпочтительнее из антидепрессантов:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) избирательные ингибиторы обратного захвата серотонина
- 2) обратимые ингибиторы МАО
- 3) неселективные ингибиторы обратного захвата моноаминов
- 4) необратимые ингибиторы МАО

### **Задание #15**

*Вопрос:*

Пациент не отрицает что очень любит пить крепкий кофе, в этом случае эффект от транквилизаторов будет:

*Выберите один из 3 вариантов ответа:*

- 1) повышен
- 2) снижен
- 3) не изменится

### **Задание #16**

*Вопрос:*

К основным классическим клинико-психотерапевтическим принципам в работе с больными шизофренией относятся все перечисленные, за исключением:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) принципа особого значения эмоционально-тесного контакта с врачом
- 2) эмоционально благотворного оживления пациента различными способами
- 3) доверительного обучения больного известной диссимуляции
- 4) активирование поведения как воздействия на психику, в конечном счете, через моторику
- 5) принципа критического наступления на бредовые и сверхценные, навязчивые построения

### **Задание #17**

*Вопрос:*

Основами какого метода психотерапии являются понятия отношение фигуры и фона, осознание чувств и сосредоточенность на настоящем, единство и борьба противоположностей, функции и защиты, принятие ответственности на себя:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) клиентцентрированной терапии Роджерса
- 2) индивидуальной психотерапии Адлера
- 3) психоанализа
- 4) гештальт-терапии
- 5) аналитической психотерапии Юнга

### **Задание #18**

*Вопрос:*

Защитный механизм, посредством которого неприемлемый импульс, чувство, желание или идея удаляются из сознания и становятся бессознательными, называется:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) изоляция
- 2) вытеснение
- 3) рационализация
- 4) проекция
- 5) отрицание

### **Задание #19**

*Вопрос:*

Для развития невроза первостепенное значение имеет

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) слабость иммунной системы
- 2) внутриличностный конфликт
- 3) органическая неполноценность мозга
- 4) хроническое соматическое заболевание

### **Задание #20**

*Вопрос:*

Появление оговорки происходит обычно по причине (З.Фрейд):

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) утомления, рассеянности
- 2) противодействия двух различных намерений
- 3) соотношения звуков и слов (словесные ассоциации)
- 4) возбуждения, расстройства внимания
- 5) соматических расстройств

### **Задание #21**

*Вопрос:*

Из перечисленного ниже бензодиазепинам свойственно:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) уменьшение эмоционального напряжения
- 2) антибредовое действие
- 3) ноотропное действие
- 4) антидепрессивное действие

### **Задание #22**

*Вопрос:*

Отказ онкологического больного признать факт заболевания скорее всего будет следствием:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) низкого интеллекта
- 2) бредовых идей
- 3) реакции личности на заболевание
- 4) депрессии

### **Задание #23**

*Вопрос:*

Какой из нижеперечисленных признаков, симптомов является характерным, отличающим маскированные депрессии от других депрессий?

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) суточные колебания настроения
- 2) суицидальные мысли
- 3) преобладание соматических жалоб
- 4) бредовые идеи самоуничтожения и самообвинения
- 5) навязчивые страхи

### **Задание #24**

*Вопрос:*

Все душевные феномены в целом определяются стремлением (А.Адлер):

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) к нравственным поступкам
- 2) к эротическим переживаниям
- 3) к превосходству

4) к разрушению, агрессии

### **Задание #25**

*Вопрос:*

Пациент 3 месяца назад перенес инфаркт, в связи с чем у него развилась тревожная депрессия. Для коррекции этого состояния врач назначил амитриптилин. Правильно ли поступил врач?

*Выберите один из 2 вариантов ответа:*

- 1) Да
- 2) Нет

### **Ответы:**

- 1) Верные ответы: 3;
- 2) Верные ответы: 2;
- 3) Верные ответы: 1;
- 4) Верные ответы: 3;
- 5) Верные ответы: 4;
- 6) Верные ответы: 3;
- 7) Верные ответы: 2;
- 8) Верные ответы: 1;
- 9) Верные ответы: 4;
- 10) Верные ответы: 3;
- 11) Верные ответы: 1;
- 12) Верные ответы: 3;
- 13) Верные ответы: 1;
- 14) Верные ответы: 1;
- 15) Верные ответы: 2;
- 16) Верные ответы: 5;
- 17) Верные ответы: 4;
- 18) Верные ответы: 2;
- 19) Верные ответы: 2;
- 20) Верные ответы: 2;
- 21) Верные ответы: 1;
- 22) Верные ответы: 3;
- 23) Верные ответы: 3;
- 24) Верные ответы: 3;
- 25) Верные ответы: 2;

## **СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ**

Задача 1

Больная А., 18 лет.

Наследственность отягощена: отец матери покончил жизнь самоубийством. Отец больной злоупотреблял алкоголем, проявлял агрессию и жестокость по отношению к родственникам, в связи с чем мать с ним развелась. Родной брат характеризуется замкнутостью, не имеет друзей. Больная родилась в срок, раннее развитие без особенностей, часто страдала простудными заболеваниями в раннем детстве, в связи с чем посещала специальное ДДУ. В школе училась с оценками «хорошо», конфликтов с окружающими не было. По характеру в меру общительная, любила обращать на себя внимание, имела подругу. Из перенесенных заболеваний отмечает пиелонефрит. В последние месяцы гастрит. В 7 классе перешла в другую школу, где плохо адаптировалась в коллективе.

Снизилась успеваемость. После окончания школы ничем не занималась, большую часть времени проводила дома.

В последний год стала жаловаться на головную боль, неопределенные боли внутри. С этого же времени стала анализировать свою внешность и пришла к убеждению, что у нее некрасивый нос и зубы. Замечала, что окружающие видят в ней эти недостатки. Боялась выходить и показываться людям, так как улавливала насмешливые взгляды. Иногда незнакомые люди при виде ее прикасались к своему носу или зубам, намекая таким образом на ее уродство. Замкнулась, стала закрываться у себя в комнате, по ночам долго слушала музыку, настроение было пониженным. Стала вести дневник, в котором описывала свои переживания, связанные с недостатком внешности. Стала интересоваться возможностью проведения косметической операции. Надеялась, что мать прочитает ее дневник, который она оставляла на открытых местах. Однако мать была вынуждена много времени проводить на работе, в связи с чем не уделяла дочери достаточного внимания. Тогда больная нанесла себе поверхностные порезы на предплечье и испачкала кровью страницу дневника. Незначительные кровотечения прошли самостоятельно. В этот же день купила в аптеке упаковку Радедорма, которую выпила оставив коробку на виду. После этого находилась в оглушенном состоянии, однако родственниками это замечено не было. В связи с отсутствием реакции со стороны родных через два дня нанесла себе глубокие самопорезы, в связи с чем была доставлена в хирургическое отделение, где были наложены швы и дана рекомендация обратиться к психиатру. Была госпитализирована в психиатрическую больницу.

При поступлении: настроение понижено, раздражительна, высказывает недовольствие своей внешностью. Тяготеет обстановкой в больнице. Капризна, отказывалась от больничной пищи. Госпитализацией недовольна, считает, что должна сделать косметическую операцию по коррекции носа и зубов (у больной обычные нос и зубы). Считает, что родные не хотят «тратиться» на операцию и поэтому поместили ее в психиатрическую больницу. Была недовольна палатой с большим количеством больных, лежала, отвернувшись к стене. Больной были назначены антидепрессанты, а в дальнейшем респлепт. В результате лечения состояние больной постепенно улучшилось. В настоящее время поведение упорядоченное, спокойна, пытается завязать отношения с молодыми людьми с мужского отделения. Продолжает высказывать недовольствие своим внешним видом, считает, что ее недостатки понижают ее самооценку и мешают ей нормально общаться с окружающими. В то же время соглашается, что окружающие не обращают внимания на дефект ее внешности. Суждения поверхностные, инфантильные. Требуется от матери, что бы та обменяла 3-х комнатную квартиру на 2-х комнатную, а полученные деньги потратила на операцию, приобретение красивой одежды, поездку в Германию, что бы попасть на концерт ее любимой группы. Говорит, что хочет быть похожа на солистку этой группы. Предъявила матери список своих требований. Больная склонна использовать суицидальные высказывания для шантажа окружающих по малозначительным поводам.

При обследовании психологом не выявлено структурных расстройств мышления. Отмечены характерологические черты незрелости, инфантильности, упрощения с преобладанием истероидных.

Была выписана домой в удовлетворительном состоянии. После выписки лекарства не принимала, к психиатру на прием не ходила. Через неделю тайком от семьи уехала в Москву, чтобы узнать в частной косметологической клинике о возможности проведения операции.

#### ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-1).
2. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК- 9).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

#### Задача 2

Больной О., 42 года.

Ранее злоупотреблял алкоголем, сам больной эти сведения отрицает, говорит, что последние годы соблюдает трезвость. Вырос в детском доме. Считает себя ранимым, чувствительным. Был женат, брак расторгнул из-за измены жены. Говорит о том, что не любит людей, окружающий мир,

«все попадались плохие люди, тянули к пьянству». Последние годы живет и работает у брата на ферме в деревне, пасет скот. Такой образ жизни нравится. Любит быть наедине с природой, «со мной собака, мне не скучно». После развода с женой с женщинами общался мало, все они чем-то его не устраивали. За последний год собрался устроить свою личную жизнь, так как «есть дом, есть работа». Однако вскоре после этого решения обнаружилось какое-то новообразование на яичке, был оперирован. После операции, несмотря на ее успешность, стал беспокоиться по поводу возможного развития импотенции, так как заметил ослабление эрекции. Считал, что жизнь кончена, думал только об этом, Настроение понизилось с чувством тревоги. Описывает, что «хорошие мысли ушли из головы как облако, остались только плохие». Нарушился сон и аппетит. Были суицидальные мысли. В связи с таким состоянием был госпитализирован в психиатрическую больницу.

При беседе с больным он рассказывает о своем состоянии достаточно откровенно. Обеспокоен фактом пребывания в психиатрическом стационаре, тяготится этим. Несмотря на то, что эрекция полностью не восстановилась, говорит об этом значительно спокойнее, конкретных планов на будущее не строит.

Невролог диагностирует резидуальную энцефалопатию.

По результатам экспериментально-психологического исследования выявлен высокий уровень невротизации, уровень психопатизации в зоне неопределенного диагноза. Диссоциативных расстройств мышления не выявлено. В тесте Шмишека преобладают демонстративные и тревожные черты.

**ЗАДАНИЕ:**

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-1).
2. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК- 9).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

Задача 3

Больная К., 16 лет

Наследственность отягощена: все дети в семье обучаются в специальной школе, одному из братьев поставлен диагноз умственной отсталости. Живет с матерью и отчимом, братьями и сестрами. Развитие в раннем детстве без отставания. Сразу начала обучаться в специальной школе. В детские годы ставился диагноз энуреза, дислалии. Была спокойной, исполнительной, старательной, послушной. В школе училась неплохо. В течение последнего года стали возникать конфликты в школе с одноклассниками и дома с отчимом и сестрами. Стала грубой, упрямой, непослушной, конфликтовала дома и в школе. Любит драться. Несколько раз уходила из дома, проводила время в компании с асоциальными интересами, последний раз жила вне дома 3 месяца. В этой компании отношения складывались хорошо. С 13 лет употребляет алкоголь, пьет практически ежедневно. По ее словам, пьет «все, что горит: пиво, водку, самогон, спирт». Отмечается рост толерантности – до 0,5 литров самогона или водки или 5 литров пива в сутки. Утрачен рвотный рефлекс, начинает формироваться абстинентный синдром, изредка опохмеляется.

Госпитализирована в психиатрическую больницу в связи с нарушениями поведения. В отделении общается с молодыми по возрасту больными, вежлива с врачом, могла быть грубой с пожилыми больными. В отделении хорошо адаптировалась, соблюдала режим. Лидирует среди больных, с которыми общается. Следит за собой, аккуратна, использует косметику. Расстроилась и долго плакала, когда плохо по ее мнению справилась с психологическим тестом.

При беседе держится напряженно, глаза опущены, руки теребят пояс от халата. Времена смотрит в глаза, взгляд живой, эмоциональные реакции достаточно живые. Отвечает односложно. Отказалась рассказывать о сути домашних конфликтов. Хорошо ориентируется в бытовых вопросах, понимает смысл задаваемых вопросов, отвечает без раздумий. Сравнения производит по существенным признакам. У нескольких пословиц не смогла найти переносный смысл, при этом волновалась, почти сразу отказывалась отвечать, говорила, что не знает, конкретных ответов при этом не давала. Суждения носят легковесный характер, несерьезна. В то же время планирует получить специальность, работать. С формальной критикой относится к своему поведению.

По результатам психологического исследования выявлены интеллектуальные нарушения по типу педагогической запущенности.

Невролог диагностирует резидуальные явления минимальной мозговой дисфункции.

**ЗАДАНИЕ:**

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-1).
2. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК-9).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

Задача 4

Больной Т., 28 лет.

Воспитывался матерью и бабушкой в условиях гиперопеки. Получил в академии специальность инженера-механика. После окончания академии в течение года отслужил в ВМФ. Вернувшись из армии, создал свой бизнес, занимался продажей и установкой дверей. Женат, в семье 3-х месячный ребенок. В настоящее время, поскольку отношения с женой ухудшились, проживает с матерью. В течение жизни всегда был общительным, активным, имел много друзей. Тяжелых соматических заболеваний в течение жизни не переносил. Полтора года назад попал в автомобильную аварию, получил перелом левой голени, ребер, сотрясение мозга. В течение жизни отмечались эпизоды злоупотребления спиртными напитками (влечение отрицает). Несколько раз пробовал курить ананас, не понравилось. Курит сигареты. Не судим.

Первый опыт общения с игровыми автоматами произошел на 4 курсе института, когда больному было 22 года. Сразу стал регулярно посещать игровые клубы. Начал занимать деньги у знакомых, попал в долги. Во время службы в ВМФ ни разу не играл, при этом чувствовал себя хорошо, но после возвращения из армии сразу же снова начал посещать игровые клубы, частота игры постоянно возрастала (играл регулярно, иногда несколько раз в день), постоянно увеличивал ставки. Во время игры часто алкоголизировался. После закрытия в городе игровых клубов играть прекратил. Чувствовал себя хорошо. Много работал, в это время успешно развивался бизнес. В этот период вступил в брак. Два года назад вновь начал посещать игровые клубы и казино (в Ярославле), ежедневно ездил туда. Психическое состояние стало неустойчивым, появились раздражительность, тревожность, беспокойство, колебания настроения. Совершил суицидальную попытку (перерезал вены) после того, как проиграл кредит, взятый на ремонт (ранее для расплаты с долгами был вынужден продать квартиру). Был вынужден закрыть магазин. В связи с полученной в автоаварии травмой временно прекратил играть. Через полгода вновь начал регулярно посещать игровые клубы. Заключил удачную сделку по продаже дверей, но все полученные деньги проиграл. В связи с этим совершил повторную суицидальную попытку (пытался внутривенно ввести раствор хлористого калия). В связи с ухудшением психического состояния самостоятельно обратился к участковому психиатру, который направил больного в стационар.

При поступлении был в пониженном настроении, эмоционально лабилен. Предъявлял жалобы на тревожные мысли, бессонницу, снижение аппетита, эмоциональную неустойчивость, чувство постоянного напряжения. Выглядел подавленным, на глазах слезы, говорил о том, что «потерял смысл жизни», «внутри что-то сломалось», «изменился, потерял прежние интересы», стал пассивным. Во время беседы постепенно успокоился, просил о лечении. При разговоре об игровых автоматах оживился. Описывал очень сильное влечение, которому не может противостоять, постоянное, повторяющееся участие в азартных играх, чувство стыда, «позора», которое испытывает потом. В не помраченном сознании. Ориентирован полностью верно. Мышление в обычном темпе, последовательное. Настроение снижено. Эмоционально неустойчив. Интеллект соответствует возрасту и полученному образованию. Память не изменена. Критически относится к своему состоянию.

Тест Равена: iq менее 100 (интеллектуальная эффективность на нижней гр. нормы), тест УНП: уровень невротизации в зоне неопределенного диагноза, уровень психопатизации повышен. Тест Шмишека: гипертимический (18), экзальтированный (18) тип. Тест Басса-Дарки: высокий уровень физической, косвенной, вербальной агрессии, негативизма, враждебности, чувства вины, общей агрессивности. Заключение психолога: на момент обследования выявлены признаки

преобладания в структуре личности зависимого и экзальтированного компонентов, склонности к эмоциональным неэффективным формам реагирования.

В результате проведенного лечения состояние постепенно улучшилось, стал более спокойным, уравновешенным, самостоятельно отмечал улучшение. Уходил в лечебный отпуск, во время которого воздерживался от участия в азартных играх. В групповых психотерапевтических занятиях проявил достаточно большую активность, охотно участвовал в обсуждении своих проблем. Имеет позитивные жизненные установки. Намерен продолжить психотерапевтическое лечение амбулаторно.

**ЗАДАНИЕ:**

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-1).
2. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК-9).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

**Задача 5**

Больной М., 20 лет.

Находился на стационарном обследовании в психиатрической больнице. Поступил впервые по направлению РВК для решения вопроса о годности к военной службе.

Третий ребенок в семье. Родился от нормально протекавшей беременности и родов. Детский сад не посещал. С детства отмечались нарушения речи, в связи с чем обучался в школе для детей с расстройствами речи. Закончил 9 классов. Со школьной программой справлялся. Был достаточно общительным, имел много друзей. В характеристике из школы отмечено следующее: «по характеру достаточно самолюбивый, легко ранимый, застенчивый, болезненно относится к замечаниям, довольно тяжело переживает неудачи в учебе». После школы закончил училище по специальности «станочник». В настоящее время не трудоустроен. Проживает с родителями. Взаимоотношения в семье хорошие. Мать считает, что по характеру сын неуравновешенный, мнительный, робкий, стеснительный, неуверенный, тяжело переносит трудности.

Из перенесенных заболеваний: коклюш, варикоцеле. В возрасте 13-14 лет амбулаторно лечился у невролога по поводу навязчивых движений, мыслей. Должен был два раза закрывать за собой дверь, обходить спичечный коробок, зажигалку, если они попадались на дороге, т.к. боялся пожара, при письме должен был особым образом переносить слова. В последствие эти переживания прошли. В течение последнего года отмечает повышение АД. Алкоголь употребляет эпизодически без признаков зависимости.

При беседе с врачом держится уверенно. Жалуется на повышенную раздражительность, головные боли, плохой сон. Отвечает по существу, достаточно подробно. Мышление последовательное, в обычном темпе. Абстрагирование доступно. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики нет. В не помраченном сознании. Ориентирован полностью верно. Во время беседы грубой патологии памяти, интеллекта, внимания не обнаруживает. Запас знаний соответствует возрасту и полученному образованию. Эмоционально неустойчив, активно возмущается режимом отделения, сроками обследования, заявил врачу, что это «бред». Настроение патологически не изменено. Критичен. К службе в армии относится отрицательно.

Неврологическое состояние. ЧМН без патологии. Выраженные вазовегетативные реакции. Заключение невролога: «Вегето-сосудистая дистония по смешанному типу».

Тест ММИЛ: личность с преобладанием черт психастенического типа: неуверенность в своих возможностях, склонность к сомнениям, повышенное внимание к отрицательным сигналам. Стремление к безопасности и порядку. Реакции на стресс – избегание неудач, отказ от действий. Часто испытывает чувство тревоги, беспокойства.

Тест Равена: IQ более 100 (интеллектуальная эффективность соответствует средней норме). УНП: уровень невротизации в зоне неопределенного диагноза (на границе нормы и патологии), высокий уровень психопатизации. Тест Шмишека: циклотимический (21), экзальтированный (18), тревожный (18), демонстративный (14) тип. Тест Айзенка: значительная интроверсия, средняя эмоциональная нестабильность, меланхолик. Тест Басса-Дарки: высокая склонность к раздражению, высокий уровень чувства вины.

Заключение психолога: на момент обследования на первый план выступают признаки повышения уровня тревожности у личности эмотивного типа.

За время обследования режим отделения не нарушал. Время проводил среди сверстников. Часто жаловался на головные боли. Отмечались проявления неуравновешенности, эмоциональной неустойчивости. На фоне психоэмоционального напряжения легко возникали стойкое повышение артериального давления, сопровождающееся раздражительностью, колебаниями настроения, головными болями.

**ЗАДАНИЕ:**

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-1).
2. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК- 9).
3. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

**Министерство здравоохранения Российской Федерации**  
**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего**  
**образования «Ивановская государственная медицинская академия»**  
**Институт последипломного образования**

**Приложение № 1**  
**к рабочей программе дисциплины**

**Оценочные средства и методические материалы**  
**для проведения промежуточной аттестации по дисциплине**  
**«Пивной алкоголизм»**

Уровень высшего образования:	подготовка медицинских кадров высшей квалификации
Квалификация выпускника:	врач – <i>психиатр-нарколог</i>
Направление подготовки:	<i>31.08.21 «Психиатрия-наркология»</i>
Тип образовательной программы:	Программа ординатуры
Форма обучения:	очная
Срок освоения образовательной программы:	2 года
Код дисциплины:	Б1.В.ДВ.2.2

## 1. Паспорт ОС по дисциплине «Пивной алкоголизм»

### 1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	2 год обучения
ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	2 год обучения
ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	2 год обучения
ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов с психическими и поведенческими расстройствами, обусловленными употреблением психоактивных веществ	2 год обучения
ПК-8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации	2 год обучения
ПК-9	Готовность к формированию у населения пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	2 год обучения

### 1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
1.	УК-1	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- основы логики</li> <li>- философские диалектические принципы</li> <li>- методологию диагноза</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- правильно (адекватно) использовать нормативные документы здравоохранения, включающие законы, приказы, решения, распоряжения и международные стандарты</li> </ul>	<p>Комплекты:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Тестовых заданий;</li> <li>2. Ситуационных задач.</li> </ol>	<p>Зачет</p> <p>2 год обучения</p>

		<p><b>Владеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- логическим мышлением</li> <li>- способностью к анализу и синтезу</li> </ul>		
2.	ПК-1	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- организационно-экономические основы деятельности учреждений здравоохранения и медицинских работников в условиях бюджетно-страховой медицины; основы социальной гигиены, организации и экономики здравоохранения, медицинской этики и деонтологии</li> <li>- санитарно-гигиенические и профилактические мероприятия по охране здоровья подростков, противоэпидемические мероприятия и эпидемиологию наркологических заболеваний</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- работать с семьей больного алкоголизмом и наркоманией, определить степень созависимости и провести психокоррекционное и психотерапевтическое лечение</li> <li>- проводить санитарно-просветительную работу по предупреждению употребления и злоупотребления алкоголем и психоактивными веществами, в т.ч. табаком</li> <li>- оказывать консультативно-методическую помощь врачам общей медицинской сети здравоохранения по раннему выявлению лиц, злоупотребляющих алкоголем, а также лиц, склонных к употреблению психоактивных веществ</li> <li>- осуществлять профилактику социально-опасных действий больных наркологического профиля</li> <li>- проводить самостоятельный прием наркологических больных в диспансере</li> </ul> <p><b>Владеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- адекватной этиотропной и патогенетической профилактикой наркологических больных</li> </ul>		
3.	ПК-5	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- общие принципы и основные методы клинической, инструментальной и лабораторной диагностики функционального состояния органов и систем человеческого организма</li> </ul>		

	<p>- общие и функциональные методы обследования психических больных, возможности инструментальных и специальных методов диагностики</p> <p>- вопросы психопатологического обследования, составление психического статуса, диагностического и терапевтического обследования</p> <p>- основы рентгенологии, краниографии, томографии, МРТ</p> <p>- клиническая симптоматика патологических состояний</p> <p><b>Умеет:</b></p> <p>- опросить больного и получить наиболее достоверные сведения об употреблении им алкоголя или психоактивного вещества</p> <p>- правильно и максимально полно собрать анамнез болезни и анамнез жизни наркологического больного</p> <p>- выявить характерные признаки имеющегося наркологического заболевания</p> <p>- провести дифференциальную диагностику заболевания, связанного с употреблением (злоупотреблением) алкоголя или психоактивного вещества с сходными по клинической картине психотическими состояниями и психическими заболеваниями</p> <p>- оценить морфологические и биохимические показатели крови, мочи, ликвора и других биологических сред, данные рентгеноскопии и рентгенографии, ЭКГ, ЭЭГ, ЭХО-графии, КТ и МРТ в диагностике патологического процесса и определении его активности</p> <p>- поставить и обосновать окончательный диагноз</p> <p>- оценить риск и прогноз болезни и жизни при решении вопроса об отнятии наркотика у больного ятрогенной наркоманией</p> <p>- провести экспертизу алкогольного и наркотического опьянения</p> <p><b>Владеет:</b></p> <p>- методикой расспроса больного</p> <p>- методикой наблюдения за пациентом</p> <p>- методикой сбора анамнестических и катamnестических сведений</p> <p>- методикой психопатологического</p>		
--	---	--	--

		<p>анализа получаемой информации</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- методикой использования диагностических и оценочных шкал, применяемых в наркологии</li> </ul>		
4.	ПК-6	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- клинику, терапию наркологических заболеваний</li> <li>- показания к госпитализации при острых и неотложных состояниях</li> <li>- принципы, приемы и методы психофармакотерапии при наркологических заболеваниях</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- определить показания и осуществить при необходимости неотложную помощь при острых психотических состояниях</li> <li>- оказать помощь при алкогольном опьянении тяжелой степени и остром отравлении алкоголем</li> <li>- оказать помощь при осложнениях активной противоалкогольной терапии</li> <li>- купировать психомоторное возбуждение</li> <li>- провести симптоматическую терапию с учетом особенностей острого и хронического действия алкоголя и психоактивных веществ на внутренние органы и системы организма</li> <li>- купировать абстинентное состояние у больного наркоманией с учетом формы и стадии заболевания</li> <li>- обосновать лечебную тактику при терапии больного алкоголизмом, наркоманией в состоянии постинтоксикации, абстинентного синдрома, острого психоза с сопутствующим поражением сердечно-сосудистой системы, легких, хирургическим вмешательством и т.д.</li> <li>- обосновать показания к назначению больному алкоголизмом, наркоманией психотропных средств (нейролептиков, седатиков, снотворных)</li> <li>- определить показания и провести заместительную терапию или литическое снятие наркотика больному наркоманией в тяжелом или осложненном абстинентном состоянии</li> <li>- разработать схему обоснованного восстановительного, поддерживающего и противорецидивного лечения больному</li> </ul>		

		<p>алкоголизмом и наркоманией</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- организовать и провести, с учетом современных данных, лечение больным алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией – женщин, лиц молодого возраста, пожилых</li> <li>- участвовать в проведении психотерапевтического лечения (индивидуальная, групповая, семейная психотерапия и др. методы)</li> <li>- определить показания и противопоказания к назначению больному алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией фито- и рефлексотерапии</li> <li>- оценить эффективность лечения, разработать и осуществить мероприятия по предупреждению срывов и рецидивов заболевания</li> <li>- оказать первую врачебную медицинскую помощь при неотложных состояниях и организовать при показаниях транспортировку и госпитализацию в лечебно-профилактическое учреждение</li> </ul> <p><b>Владеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- методиками подбора адекватной терапии при конкретной патологии</li> <li>- методиками распознавания и лечения неотложных состояний</li> </ul>		
5.	ПК-8	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- применение физиотерапии, лечебной физкультуры и врачебного контроля, показания и противопоказания к пребыванию в специализированных учреждениях</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- разработать схему амбулаторного ведения больного, профилактику обострений после выписки больного из стационара</li> </ul> <p><b>Владеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- дифференцированными методами реабилитации больных</li> </ul>		
7.	ПК-9	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- принципы и методы формирования здорового образа жизни</li> <li>- организацию и принцип работы центра социальной реабилитации</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- формировать у пациентов мотивацию, направленную на сохранение и</li> </ul>		

	укрепление своего здоровья и здоровья окружающих <b>Владеет:</b> - системой выбора принципов и методов формирования здорового образа жизни		
--	--	--	--

## 2. Оценочные средства

### 2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий

#### 2.1.1. Содержание.

С помощью тестовых заданий оцениваются теоретические знания по дисциплине.

#### 2.1.2. Критерии и шкала оценки

Тестирование проводится на последнем занятии дисциплины и является допуском к промежуточной аттестации. Тестовый контроль оценивается отметками «зачтено», «не зачтено».

Отметка «зачтено» на этапе тестирования выставляется, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. Ординатор проходит тестирование до получения отметки «зачтено».

### 2.2. Оценочное средство: ситуационные задачи

#### 2.2.1. Содержание.

С помощью ситуационных задач оцениваются теоретические знания и умения по дисциплине.

#### 2.2.2. Критерии и шкала оценки

Теоретические знания и практические навыки оцениваются отметками «зачтено» и «не зачтено».

Компетенция	«зачтено»	«не зачтено»
УК-1	<b>Умеет:</b> <i>абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы</i> <b>Владеет:</b> <i>абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы</i>	<b>Умеет</b> <u>Не способен</u> - <i>абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы</i>
ПК-1	<b>Умеет:</b> <i>осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</i> <b>Владеет:</b> <i>осуществляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и</i>	<b>Умеет</b> <u>Не способен</u> <i>осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов</i>

	укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	среды его обитания
ПК-5	<p><b>Умеет:</b> определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p> <p><b>Владеет:</b> определяет у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p>	<p><b>Умеет</b> <u>Не способен</u> определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.</p>
ПК-6	<p><b>Умеет:</b> вести и лечить пациентов, нуждающихся в оказании наркологической медицинской помощи</p> <p><b>Владеет:</b> ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании наркологической медицинской помощи</p>	<p><b>Умеет:</b> <u>Не способен к ведению и лечению</u> пациентов, нуждающихся в оказании наркологической медицинской помощи обследования.</p>
ПК-8	<p><b>Умеет:</b> применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации</p> <p><b>Владеет:</b> <u>Уверенно, правильно и самостоятельно</u> применяет природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации</p>	<p><b>Умеет:</b> <u>Не способен</u> применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации</p>
ПК-9	<p><b>Умеет:</b> формировать у пациентов мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p> <p><b>Владеет:</b></p>	<p><b>Умеет:</b> <u>Не способен</u> формировать у пациентов мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p>

	<i>системой формирования у пациентов мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</i>	
	<i>выбора принципов и методов формирования здорового образа жизни</i>	

### **2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания.**

Собеседование по ситуационным задачам проводится во время промежуточной аттестации.

### **3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине**

До зачета по модулю дисциплины допускаются ординаторы, получившие отметку «зачтено» за выполнение тестовых заданий.

Обучающийся получает отметку «зачтено», если за оба этапа поставлены отметки «зачтено».

## **ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ**

**Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9**

### **Задание #1**

*Вопрос:*

Синдром измененной реактивности включает все перечисленное, кроме

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) изменения формы потребления одурманивающего вещества
- 2) появления абстинентного синдрома
- 3) изменения толерантности
- 4) исчезновения защитных реакций при передозировке
- 5) изменения формы опьянения

### **Задание #2**

*Вопрос:*

Что является наиболее эффективной терапией алкогольного бреда ревности

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) психотерапия
- 2) условно-рефлекторная терапия
- 3) лечение нейролептиками
- 4) лечение у сексопатолога

### **Задание #3**

*Вопрос:*

Для алкогольного абстинентного синдрома не характерны

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) потливость
- 2) тахикардия
- 3) сухость во рту
- 4) тремор пальцев рук
- 5) заложенность носа и риноррея

### **Задание #4**

*Вопрос:*

Алкоголизм представляет собой

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) хроническое психическое заболевание
- 2) острое отравление алкоголем
- 3) вредную привычку
- 4) психосоматическое заболевание

### **Задание #5**

*Вопрос:*

Психическое (первичное, обсессивное) влечение к алкоголю в 1 стадии алкоголизма

*Выберите один из 3 вариантов ответа:*

- 1) ситуационно обусловлено и сопровождается борьбой мотивов
- 2) ситуационно обусловлено и не сопровождается борьбой мотивов
- 3) не связано с ситуациями традиционного употребления алкоголя

### **Задание #6**

*Вопрос:*

Для не осложненного абстинентного синдрома характерно все перечисленное, кроме

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) интенсивного влечения к опохмелению
- 2) физического дискомфорта
- 3) иллюзорного восприятия
- 4) выраженных вегетативных расстройств

### **Задание #7**

*Вопрос:*

Укажите наиболее типичное для алкогольной деградации эмоциональное расстройство

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) эмоциональное огрубение
- 2) апатия
- 3) эмоциональная лабильность
- 4) амбивалентность

### **Задание #8**

*Вопрос:*

Для алкогольной полиневропатии характерно все перечисленное, кроме

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) парестезии
- 2) снижения болевой и температурной чувствительности
- 3) наличия многочисленных трофических язв
- 4) болей по ходу периферических нервов

### **Задание #9**

*Вопрос:*

Длительность алкогольного абстинентного синдрома составляет

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) не более суток
- 2) не более трех дней
- 3) около недели
- 4) около месяца

### **Задание #10**

*Вопрос:*

Для начальной стадии алкоголизма (I стадии) характерно все перечисленное, кроме

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) ситуационно обусловленного первичного патологического влечения к алкоголю
- 2) утраты защитного рвотного рефлекса
- 3) роста толерантности в 2-4 раза
- 4) импульсивного характера влечения
- 5) снижения количественного контроля

### **Задание #11**

*Вопрос:*

Во II стадии заболевания форма потребления алкоголя чаще всего проявляется по типу

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) псевдозапоев
- 2) постоянного пьянства на фоне низкой толерантности
- 3) постоянного пьянства на фоне высокой толерантности
- 4) истинных запоев

### **Задание #12**

*Вопрос:*

Для III стадии алкоголизма наиболее типичны все перечисленные признаки, исключая

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) утрату ситуационного контроля
- 2) снижение толерантности к алкоголю
- 3) наличие интеллектуально-мнестических нарушений
- 4) высокая толерантность

### **Задание #13**

*Вопрос:*

Форма злоупотребления алкоголем в III стадии заболевания может проявиться всем указанным, исключая

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) истинные запои
- 2) перемежающееся пьянство
- 3) постоянное пьянство на фоне низкой толерантности
- 4) псевдозапой

### **Задание #14**

*Вопрос:*

При формировании алкоголизма у женщин, по сравнению с мужчинами

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) соматическая патология тяжелее и развивается быстрее
- 2) хуже прогноз, ниже курбельность заболевания
- 3) чаще развиваются психозы
- 4) все перечисленное неверно

### **Задание #15**

*Вопрос:*

Предельное содержание алкоголя в пиве, полученном путем естественного брожения, составляет не более:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) 3%
- 2) 4%
- 3) 5%
- 4) 6%
- 5) 7%

### **Задание #16**

*Вопрос:*

Согласно законодательству пиво может продаваться лицам старше:

*Выберите один из 6 вариантов ответа:*

- 1) 16 лет.
- 2) 17 лет.
- 3) 18 лет.
- 4) 19 лет.
- 5) 20 лет.
- 6) 21 лет.

### **Задание #17**

*Вопрос:*

Темп формирования зависимости при злоупотреблении пивом по сравнению с другими видами алкоголя:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) Более высокий.
- 2) Менее высокий.
- 3) Не отличается.
- 4) Зависит от качества пива.
- 5) зависит от концентрации алкоголя в пиве.

### **Задание #18**

*Вопрос:*

К числу симптомов «пивного» алкоголизма относятся все кроме:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) Ожирения.
- 2) Половой дисфункции.
- 3) Отека лица.
- 4) Энуреза.
- 5) Бессонницы.

### **Задание #19**

*Вопрос:*

Эффективность лечения «пивного» алкоголизма по сравнению с другими его видами:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) Выше.
- 2) Ниже.
- 3) Одинаковая.
- 4) Таких данных нет.
- 5) Зависит от крепости пива.

### **Задание #20**

*Вопрос:*

Можно ли использовать безалкогольное пиво больным алкоголизмом в ремиссии.

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) Можно всем.

- 2) Можно только мужчинам.
- 3) Можно только женщинам.
- 4) Нельзя.
- 5) Можно по согласованию с врачом.

### **Задание #21**

*Вопрос:*

При «пивном» алкоголизме преобладающей формой потребления алкоголя является:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) Непрерывная.
- 2) Псевдозапойная.
- 3) Дипсоманическая.
- 4) Перемежающаяся.
- 5) Все в равной степени.

### **Задание #22**

*Вопрос:*

Является ли переход населения на пиво способом понизить потребление алкоголя в пересчете на абсолютный алкоголь:

*Выберите один из 3 вариантов ответа:*

- 1) Является.
- 2) Не является.
- 3) Является только при потреблении слабоалкогольного пива.

## **СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ**

### **Задача №1**

К наркологу обратился мужчина 30 лет. Себя больным не считает, пришел «для проверки» по настоянию жены. Жена считает, что он болен алкоголизмом, с чем он категорически не согласен. Сообщил о себе следующее. Первая проба алкоголя в 14 лет с друзьями. Выпил небольшое количество слабоалкогольного коктейля, было весело, танцевал на дискотеке. В дальнейшем алкоголь употреблял эпизодически в небольших количествах. Отслужил полный срок в армии. После демобилизации долго не мог найти себе работу, поскольку то, что предлагали, не давало достойной зарплаты. Подрабатывал на разных работах без оформления трудовых отношений. В это время стал употреблять пиво, сначала в компании после работы, а потом и в одиночестве. Женится в возрасте 22 лет. Сейчас живет с женой, имеет сына 4 лет. Отношения с женой напряженные. Считает, что жена к нему придирается, хотя он выпивает только по одной бутылке пива в день. Работает мастером отделочником, не прогуливает, в пьяном виде не скандалит, не опохмеляется. При соматическом осмотре отмечается одутловатость лица, отложение жира на животе по женскому типу.

Вызвана для беседы жена, которая сообщила, что больной с начала совместной жизни употребляет алкоголь (преимущественно пиво) почти ежедневно. Выпивает после работы 1 бутылку 1,5 литра крепкого пива (около 8% алкоголя). Приходит домой и ложится спать. Не скандалит. Иногда не помнит событий, происходивших в период опьянения. Утром чувствует себя плохо, однако перед работой алкоголь не употребляет, откладывая выпивку на вечернее время. Утратил прежние интересы, снизилось половое влечение, появилась эректильная дисфункция.

**ЗАДАНИЕ:**

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
4. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК- 9).
5. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

#### Задача №2

Пациент 18 лет, мужской пол. Направлен по линии РВК для обследования. Поводом для направления послужили сведения о регулярном употреблении пива. Из анамнеза. Отец страдает алкоголизмом, наблюдается в наркологическом диспансере. Семья распалась, когда обследуемому было 3 года. Воспитывался матерью в условиях гипоопеки. Тяжелыми соматическими заболеваниями не болел. Ранее развитие своевременное. Посещал ДДУ. В школу пошел 7 лет. Окончил 9 классов и ПТУ, получил специальность строителя. С детских лет отличался повышенной возбудимостью, неусидчивостью. В школе на занятиях отвлекался на посторонние дела, из-за чего возникали конфликты с учителями. Извинялся за свое поведение, но вскоре все возвращалось к прежнему. Учился посредственно, пропускал занятия без уважительных причин. В 7 классе подружился с компанией подростков с асоциальным поведением. Стал употреблять слабоалкогольные напитки и пиво. После окончания училища на работу не устроился. Предпочитал большую часть времени проводить в компании друзей. Иногда подрабатывал разовыми поручениями. В последний год пиво пьет по несколько раз в неделю. Количество употребляемого пива зависит от наличия денег. Как правило выпивает 1 литр пива крепостью 5%. Максимально способен выпить 2 литра пива в день. Эпизодически напивается до выраженного опьянения. Рвотный рефлекс сохранен, амнезии опьянения отрицает.

Со слов матери: с детства имеет неустойчивый характер, может дать обещание и не выполнить его, склонен ко лжи. Пиво употребляет 2-3 раза в неделю. Однажды явился домой в состоянии сильного опьянения, была рвота. Не опохмеляется.

#### ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
4. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК- 9).
5. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

#### Задача № 3

Больной К., мужчина 48 лет. Госпитализирован в отделение алкогольных психозов в связи с возбуждением и галлюцинациями.

Из анамнеза. Родился в срок. Ранее развитие соответствовало возрасту. Посещал ДДУ. В школу пошел 7 лет. Окончил 11 классов и техникум. В армии отслужил полный срок. После армии работал по полученной специальности. В возрасте 23 лет женился, имеет дочь.

Злоупотреблять алкоголем стал с 25 лет. Предпочитал крепкие алкогольные напитки. Напивался до сильного алкогольного опьянения, имелись провалы в памяти на период опьянения. Опохмеляется с 28 лет. В пьяном виде становился легко возбудим, дрался. К 35 годам толерантность возросла до 1 литра водки в сутки. В возрасте 40 лет получил закрытую черепно-мозговую травму в ДТП. В течение 3 недель лечился в нейрохирургическом и неврологическом отделении. После травмы беспокоили головные боли, метеопатия. Стал плохо переносить крепкие спиртные напитки – не получал эйфории, усиливалась головная боль. Перешел на потребление пива. Жена отмечает, что больной стал пьянеть с малых доз – выпивал 0,5 – 1 литр пива и засыпал. Выпивки продолжались почти ежедневно. Работать не мог, был переведен на инвалидность в связи с последствиями ЧМТ. За несколько дней до госпитализации в компании друзей пил в течение нескольких дней различные алкогольные напитки, в том числе суррогаты. После резкого обрыва алкоголизации на второй день нарушился сон, стал возбужден, не узнавал знакомых, говорил, что по стене ползают тараканы. В таком состоянии был доставлен в отделение. Под влиянием лечения быстро вышел из психоза. При

осмотре. Контакту доступен. Критичен к перенесенному психозу. Считает, что ухудшение состояния возникло из-за «паленой водки». Примитивен. Круг интересов сужен. Память снижена, особенно на текущие события.

Заключение невролога: отдаленные последствия закрытой ЧМТ.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
4. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК-9).
5. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

Задача № 4

Больная 16 лет. Госпитализирована в подростковое наркологическое отделение в связи с пьянством и неправильным поведением.

Наследственность. Отец страдал алкоголизмом (лечился у наркологов), погиб от несчастного случая в пьяном виде. Воспитывалась матерью в условиях гипоопеки. Ранее развитие с задержкой. Обучение начала в коррекционном классе, с 4 класса была переведена в общеобразовательную школу. Училась слабо, не было интереса к освоению наук. После окончания 9 кл. поступила в ПТУ, но была отчислена за прогулы. В возрасте 14 лет стала общаться с «дурной» компанией. Стала прогуливать уроки, употреблять алкоголь. В основном пила пиво. Сначала пьянела с 0,5 литра пива, к настоящему времени толерантность возросла в 3-4 раза. Предпочитает крепкие сорта пива. В последний год пьянство приняло постоянный характер – «трезвых» дней меньше, чем «пьяных». Исчез рвотный рефлекс, имеются амнезии опьянения. Утром после абюзиса плохо себя чувствует (испытывает головную боль, тошноту), состояние купируется повторным приемом алкоголя. В половую связи вступила в 15 лет в состоянии опьянения. В дальнейшем были эпизодические связи. При беседе контакт формальный, больной себя не считает. Запас знаний не соответствует полученному образованию. Интересы ограничены бытовыми потребностями. Признается, что согласилась бы сейчас выпить немного пива.

ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
4. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК-9).
5. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

Задача № 5

Больной, 23 лет. Госпитализирован в урологическое отделение областной клинической больницы в связи с внезапно возникшей задержкой мочи. Из анамнеза. Отец страдал депрессиями, однократно обращался к психиатру. Покончил жизнь самоубийством. Сам больной развивался нормально. Посещал ДДУ. Окончил среднюю школу и энергоуниверситет. С 15 лет страдает периодами пониженного настроения, которые возникали ежегодно и продолжались 3-4 недели. В это время становился тоскливым, снижался аппетит, страдал бессонницей. Несмотря на болезненное состояние продолжал обучение, хотя испытывал значительные трудности в усвоении учебного материала. Несмотря на советы родственников обращаться к психиатру не хотел. Для улучшения состояния стал употреблять алкоголь с 16 лет. Пил слабоалкогольные напитки в дозе до 1 литра. В состоянии опьянения настроение несколько улучшалось. В последние годы пристрастился к пиву, пил его по несколько раз в неделю в количестве 0,5 литра. В состоянии опьянения был спокоен, благодушен. Выраженного опьянения не наблюдалось, поведение контролировал, похмельных состояний не было. За три недели до госпитализации настроение вновь понизилось настроение, прибегал к привычному методу – ежедневно пил пиво. Поскольку прежнего эффекта от приема пива не было, стал пить его в больших дозах – до 1,5 литра. Один из знакомых порекомендовал принимать amitriptyline. На фоне алкогольного опьянения выпил одну таблетку. Через некоторое время

возникли позывы на мочеиспускание, но помочиться не смог. Распирающие боли в области мочевого пузыря усиливались, в связи с чем вечером была вызвана бригада СП. Диагностирована задержка мочи и больной госпитализирован в урологическое отделение.

**ЗАДАНИЕ:**

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
4. Назовите основные рекомендации пациенту и его родственникам (ПК- 9).
5. Составьте план реабилитационных мероприятий (ПК-8).

**Министерство здравоохранения Российской Федерации**

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ивановская государственная медицинская академия»  
Институт последипломного образования**

**Приложение № 1**

**к рабочей программе дисциплины**

**Оценочные средства и методические материалы  
для проведения промежуточной аттестации по дисциплине  
«Общая психопатология»**

Уровень высшего образования:	подготовка медицинских кадров высшей квалификации
Квалификация выпускника:	врач – <i>психиатр-нарколог</i>
Направление подготовки:	<i>31.08.21 «Психиатрия-наркология»</i>
Тип образовательной программы:	Программа ординатуры
Форма обучения:	очная
Срок освоения образовательной программы:	2 года
Код дисциплины:	Б1.В.ОД.1

## 1. Паспорт ОС по дисциплине «Общая психопатология»

### 1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	2 год обучения
ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	2 год обучения
ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	2 год обучения
ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов с психическими и поведенческими расстройствами, обусловленными употреблением психоактивных веществ	2 год обучения

### 1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
1.	УК-1	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- основы логики</li> <li>- философские диалектические принципы</li> <li>- методологию диагноза</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- правильно (адекватно) использовать нормативные документы здравоохранения, включающие законы, приказы, решения, распоряжения и международные стандарты</li> </ul> <p><b>Владеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- логическим мышлением</li> <li>- способностью к анализу и синтезу</li> </ul>	Комплекты: 1. Тестовых заданий; 2. Ситуационных задач.	Зачет  2 год обучения
2.	ПК-1	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- организационно-экономические основы деятельности учреждений здравоохранения и медицинских</li> </ul>		

		<p><i>работников в условиях бюджетно-страховой медицины; основы социальной гигиены, организации и экономики здравоохранения, медицинской этики и деонтологии</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- санитарно-гигиенические и профилактические мероприятия по охране здоровья подростков, противоэпидемические мероприятия и эпидемиологию нарколологических заболеваний</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- работать с семьей больного алкоголизмом и наркоманией, определить степень созависимости и провести психокоррекционное и психотерапевтическое лечение</li> <li>- проводить санитарно-просветительную работу по предупреждению употребления и злоупотребления алкоголем и психоактивными веществами, в т.ч. табаком</li> <li>- оказывать консультативно-методическую помощь врачам общей медицинской сети здравоохранения по раннему выявлению лиц, злоупотребляющих алкоголем, а также лиц, склонных к употреблению психоактивных веществ</li> <li>- осуществлять профилактику социально-опасных действий больных нарколологического профиля</li> <li>- проводить самостоятельный прием нарколологических больных в диспансере</li> </ul> <p><b>Владеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- адекватной этиотропной и патогенетической профилактикой нарколологических больных</li> </ul>		
3.	ПК-5	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- общие принципы и основные методы клинической, инструментальной и лабораторной диагностики функционального состояния органов и систем человеческого организма</li> <li>- общие и функциональные методы обследования психических больных, возможности инструментальных и специальных методов диагностики</li> <li>- вопросы психопатологического обследования, составление психического статуса, диагностического и</li> </ul>		

		<p>терапевтического обследования</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- основы рентгенологии, краниографии, томографии, МРТ</li> <li>- клиническая симптоматика патологических состояний</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- опросить больного и получить наиболее достоверные сведения об употреблении им алкоголя или психоактивного вещества</li> <li>- правильно и максимально полно собрать анамнез болезни и анамнез жизни наркологического больного</li> <li>- выявить характерные признаки имеющегося наркологического заболевания</li> <li>- провести дифференциальную диагностику заболевания, связанного с употреблением (злоупотреблением) алкоголя или психоактивного вещества с сходными по клинической картине психотическими состояниями и психическими заболеваниями</li> <li>- оценить морфологические и биохимические показатели крови, мочи, ликвора и других биологических сред, данные рентгеноскопии и рентгенографии, ЭКГ, ЭЭГ, ЭХО-графии, КТ и МРТ в диагностике патологического процесса и определении его активности</li> <li>- поставить и обосновать окончательный диагноз</li> <li>- оценить риск и прогноз болезни и жизни при решении вопроса об отнятии наркотика у больного ятрогенной наркоманией</li> <li>- провести экспертизу алкогольного и наркотического опьянения</li> </ul> <p><b>Владеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- методикой расспроса больного</li> <li>- методикой наблюдения за пациентом</li> <li>- методикой сбора анамнестических и катamnестических сведений</li> <li>- методикой психопатологического анализа получаемой информации</li> <li>- методикой использования диагностических и оценочных шкал, применяемых в наркологии</li> </ul>		
4.	ПК-6	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- клинику, терапию наркологических заболеваний</li> </ul>		

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- показания к госпитализации при острых и неотложных состояниях</li> <li>- принципы, приемы и методы психофармакотерапии при наркологических заболеваниях</li> <li><b>Умеет:</b></li> <li>- определить показания и осуществить при необходимости неотложную помощь при острых психотических состояниях</li> <li>- оказать помощь при алкогольном опьянении тяжелой степени и остром отравлении алкоголем</li> <li>- оказать помощь при осложнениях активной противоалкогольной терапии</li> <li>- купировать психомоторное возбуждение</li> <li>- провести симптоматическую терапию с учетом особенностей острого и хронического действия алкоголя и психоактивных веществ на внутренние органы и системы организма</li> <li>- купировать абстинентное состояние у больного наркоманией с учетом формы и стадии заболевания</li> <li>- обосновать лечебную тактику при терапии больного алкоголизмом, наркоманией в состоянии постинтоксикации, абстинентного синдрома, острого психоза с сопутствующим поражением сердечно-сосудистой системы, легких, хирургическим вмешательством и т.д.</li> <li>- обосновать показания к назначению больному алкоголизмом, наркоманией психотропных средств (нейролептиков, седатиков, снотворных)</li> <li>- определить показания и провести заместительную терапию или литическое отнятие наркотика больному наркоманией в тяжелом или осложненном абстинентном состоянии</li> <li>- разработать схему обоснованного восстановительного, поддерживающего и противорецидивного лечения больному алкоголизмом и наркоманией</li> <li>- организовать и провести, с учетом современных данных, лечение больным алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией – женщин, лиц молодого возраста, пожилых</li> <li>- участвовать в проведении</li> </ul>		
--	--	---	--	--

	<p>психотерапевтического лечения (индивидуальная, групповая, семейная психотерапия и др. методы)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- определить показания и противопоказания к назначению больному алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией фито- и рефлексотерапии</li> <li>- оценить эффективность лечения, разработать и осуществить мероприятия по предупреждению срывов и рецидивов заболевания</li> <li>- оказать первую врачебную медицинскую помощь при неотложных состояниях и организовать при показаниях транспортировку и госпитализацию в лечебно-профилактическое учреждение</li> </ul> <p><b>Владеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- методиками подбора адекватной терапии при конкретной патологии</li> <li>- методиками распознавания и лечения неотложных состояний</li> </ul>		
--	---	--	--

## 2. Оценочные средства

### 2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий

#### 2.1.1. Содержание.

С помощью тестовых заданий оцениваются теоретические знания по дисциплине.

#### 2.1.2. Критерии и шкала оценки

Тестирование проводится на последнем занятии дисциплины и является допуском к промежуточной аттестации. Тестовый контроль оценивается отметками «зачтено», «не зачтено».

Отметка «зачтено» на этапе тестирования выставляется, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. Ординатор проходит тестирование до получения отметки «зачтено».

### 2.2. Оценочное средство: ситуационные задачи

#### 2.2.1. Содержание.

С помощью ситуационных задач оцениваются теоретические знания и умения по дисциплине.

#### 2.2.2. Критерии и шкала оценки

Теоретические знания и практические навыки оцениваются отметками «зачтено» и «не зачтено».

Компетенция	«зачтено»	«не зачтено»
УК-1	<p><b>Умеет:</b> абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы</p> <p><b>Владеет:</b></p>	<p><b>Умеет</b> <u>Не способен</u> - абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы</p>

	<i>абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы</i>	
ПК-1	<p><b>Умеет:</b>  <i>осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</i></p> <p><b>Владеет:</b>  <i>осуществляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</i></p>	<p><b>Умеет</b>  <u>Не способен</u> <i>осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</i></p>
ПК-5	<p><b>Умеет:</b>  <i>определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</i></p> <p><b>Владеет:</b>  <i>определяет у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</i></p>	<p><b>Умеет</b>  <u>Не способен</u> <i>определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.</i></p>
ПК-6	<p><b>Умеет:</b>  <i>вести и лечить пациентов, нуждающихся в оказании наркологической медицинской помощи</i></p> <p><b>Владеет:</b>  <i>ведет и лечит пациентов, нуждающихся в оказании наркологической медицинской помощи</i></p>	<p><b>Умеет:</b>  <u>Не способен</u> <i>к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании наркологической медицинской помощи обследования.</i></p>

### **2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания.**

Собеседование по ситуационным задачам проводится во время промежуточной аттестации.

### **3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине**

До зачета по модулю дисциплины допускаются ординаторы, получившие отметку «зачтено» за выполнение тестовых заданий.

Обучающийся получает отметку «зачтено», если за оба этапа поставлены отметки «зачтено».

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ**  
**Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6**

**Задание #1**

*Вопрос:*

Для какого из нижеперечисленных синдромов характерны яркие зрительные галлюцинации?

*Выберите один из 6 вариантов ответа:*

- 1) синдром Кандинского-Клерамбо
- 2) синдром дереализации
- 3) синдром деперсонализации
- 4) вербальный галлюциноз
- 5) делириозный синдром
- 6) астенический синдром

**Задание #2**

*Вопрос:*

Для какого из нижеперечисленных синдромов характерны псевдогаллюцинации?

*Выберите один из 6 вариантов ответа:*

- 1) синдром Кандинского-Клерамбо
- 2) синдром дереализации
- 3) синдром деперсонализации
- 4) вербальный галлюциноз
- 5) делириозный синдром
- 6) астенический синдром

**Задание #3**

*Вопрос:*

Галлюцинации представляют собой

*Выберите один из 3 вариантов ответа:*

- 1) ложные, мнимые восприятия
- 2) ошибочные восприятия
- 3) искаженные восприятия

**Задание #4**

*Вопрос:*

Иллюзии это -

*Выберите один из 3 вариантов ответа:*

- 1) ошибочные восприятия с неправильным узнаванием
- 2) искаженные восприятия без нарушения узнавания
- 3) ложные, мнимые восприятия

**Задание #5**

*Вопрос:*

Парестезии локализуются обычно:

*Выберите один из 3 вариантов ответа:*

- 1) на поверхности тела
- 2) во внутренних органах

3) только на лице

### **Задание #6**

*Вопрос:*

Для какого из нижеперечисленных синдромов характерны слуховые истинные галлюцинации?

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) синдром психического автоматизма (Кандинского-Клерамбо)
- 2) синдром дереализации
- 3) синдром деперсонализации
- 4) вербальный галлюциноз
- 5) астенический синдром

### **Задание #7**

*Вопрос:*

Вербальные иллюзии воспринимаются:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) вместе с какими-либо словами окружающих
- 2) вместо каких-либо слов окружающих
- 3) независимо от звуковых раздражителей
- 4) ничем из перечисленного

### **Задание #8**

*Вопрос:*

Функциональные галлюцинации воспринимаются:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) вместе с каким-либо раздражителем
- 2) вместо какого-либо раздражителя
- 3) независимо от раздражителя
- 4) ничем из перечисленного

### **Задание #9**

*Вопрос:*

Синдром деперсонализации характеризуется всем перечисленным, кроме:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) расстройства самосознания личности, отчуждения психических свойств личности
- 2) нарушения сознания
- 3) чувства изменения, утраты или раздвоения своего Я
- 4) расстройства самосознания витальности и активности
- 5) расстройства самосознания целостности

### **Задание #10**

*Вопрос:*

Сенестопатии характеризуются всем перечисленным, кроме:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) разнообразных, крайне мучительных, тягостных ощущений в различных частях тела
- 2) необычности, вычурности ощущений
- 3) отсутствия констатируемых соматическими методами исследований причин

- 4) частых сочетаний с ипохондрическими расстройствами
- 5) восприятия, искажения формы и величины своего тела

### **Задание #11**

*Вопрос:*

В структуру синдрома галлюциноза входят все перечисленное, кроме

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) вербальных галлюцинаций
- 2) измененного аффекта
- 3) галлюцинаторного бреда
- 4) измененного поведения
- 5) интерпретативного бреда

### **Задание #12**

*Вопрос:*

Галлюцинации мышечного чувства проявляются в виде ощущения

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) особой легкости тела
- 2) особой легкости членов тела
- 3) тяжести тела или его членов
- 4) движения языка или других органов
- 5) чувства инородного предмета в теле

### **Задание #13**

*Вопрос:*

Слуховые псевдогаллюцинации определяются всем перечисленным, кроме

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) возникновения "внутренних", "сделанных", "мысленных" голосов
- 2) звучания мыслей
- 3) громких мыслей
- 4) содержания брани, упреков, предсказаний, приказов и т.д.
- 5) ощущения, что языком больного произносят слова, фразы

### **Задание #14**

*Вопрос:*

Висцеральные галлюцинации характеризуются

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) тягостными неприятными ощущениями со стороны внутренних органов
- 2) чувством жжения
- 3) перемежающимися болями
- 4) ощущением живого существа внутри
- 5) «голосами», исходящими из тела

### **Задание #15**

*Вопрос:*

Аффективные иллюзии характеризуются всем перечисленным, кроме

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) искаженного восприятия, связанного с необычным эмоциональным состоянием
- 2) возникновения при патологических изменениях аффекта
- 3) возникновения чаще при страхе, тревоге
- 4) усиления к вечеру
- 5) изменения сознания

### **Задание #16**

*Вопрос:*

Термин "шперрунг" используется для обозначения переживания больным

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) возникновения чуждых мыслей
- 2) внезапной остановки, обрыва мыслей
- 3) скачки идей
- 4) замедленного мышления

### **Задание #17**

*Вопрос:*

Возникновение синдрома сверхценных идей тесно связано с событиями:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) не связанными с жизнью больного, к которым больной безразличен
- 2) связанными с жизнью больного, к которым больной безразличен
- 3) эмоционально значимыми для больного
- 4) ничем из перечисленного

### **Задание #18**

*Вопрос:*

К какому из приведенных ниже типов формальных расстройств мышления относится оторванность от реальности, погруженность в мир внутренних переживаний?

*Выберите один из 6 вариантов ответа:*

- 1) болезненно замедленное мышление
- 2) болезненно ускоренное мышление
- 3) резонерское мышление
- 4) аутистическое мышление
- 5) разорванное мышление
- 6) бессвязное мышление

### **Задание #19**

*Вопрос:*

Бредовое настроение характеризуется всем перечисленным, кроме

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) напряженного предчувствия надвигающейся катастрофы
- 2) четко оформленного бреда преследования
- 3) необъяснимого мучительного беспокойства
- 4) приобретения окружающим иного смысла
- 5) психосенсорных расстройств

### **Задание #20**

*Вопрос:*

Для интерпретативного бреда (бреда толкования) характерны

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) политематичность бреда
- 2) внутренняя логика доказательств и систематизация бреда
- 3) отсутствие систематизации
- 4) нарушения чувственного познания окружающего мира

### **Задание #21**

*Вопрос:*

Для какого из нижеперечисленных синдромов характерны слуховые истинные галлюцинации?

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) синдром Кандинского-Клерамбо
- 2) синдром дереализации
- 3) синдром деперсонализации
- 4) вербальный галлюциноз
- 5) астенический синдром

### **Задание #22**

*Вопрос:*

Для какого из нижеперечисленных синдромов характерны псевдогаллюцинации?

*Выберите один из 6 вариантов ответа:*

- 1) синдром Кандинского-Клерамбо
- 2) синдром дереализации
- 3) синдром деперсонализации
- 4) вербальный галлюциноз
- 5) делириозный синдром
- 6) астенический синдром

### **Задание #23**

*Вопрос:*

Для какого синдрома характерен мегаломанический бред?

*Выберите один из 6 вариантов ответа:*

- 1) делириозный синдром
- 2) аментивный синдром
- 3) депрессивный синдром
- 4) Кандинского-Клерамбо синдром
- 5) маниакальный синдром
- 6) парафренный синдром

### **Задание #24**

*Вопрос:*

Для какого синдрома характерен острый чувственный бред?

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) параноидный синдром
- 2) парафренный синдром
- 3) астенический синдром
- 4) паранойяльный синдром

### **Задание #25**

*Вопрос:*

Для каких синдромов характерно переживание вкладывания и отнятия мыслей?

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) кататонический синдром
- 2) синдром Кандинского-Клерамбо
- 3) аментивный синдром
- 4) паранояльный синдром
- 5) астенический синдром

### **Задание #26**

*Вопрос:*

Для какого синдрома характерно бессвязное мышление?

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) кататонический синдром
- 2) синдром Кандинского-Клерамбо
- 3) аментивный синдром
- 4) паранояльный синдром
- 5) парафренный синдром

### **Задание #27**

*Вопрос:*

Какой из нижеперечисленных симптомов не укладываются в структуру синдрома Кандинского-Клерамбо?

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) истинные вербальные галлюцинации
- 2) псевдогаллюцинации
- 3) бред воздействия
- 4) симптом "открытости мыслей" (психические автоматизмы)

### **Задание #28**

*Вопрос:*

Какие патологические идеи характерны для параноидного синдрома?

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) навязчивые идеи
- 2) сверхценные идеи ревности
- 3) бредовые идеи преследования и воздействия
- 4) навязчивые страхи
- 5) бредовые идеи величия

### **Задание #29**

*Вопрос:*

Синдром чувственного (образного) бреда характеризуется всем перечисленным, кроме

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) наглядно-образного характера, отсутствия активной работы над содержанием бреда
- 2) отсутствия последовательной системы доказательств, обоснований

- 3) преобладания воображения, фантазии, грез
- 4) фрагментарности, неясности, непоследовательности бредовых представлений
- 5) последовательного подкрепления искаженного суждения цепью обстоятельств

### **Задание #30**

*Вопрос:*

Ускорение процесса мышления характеризуется всем перечисленным, исключая:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) увеличение количества ассоциаций, образующихся в каждый данный отрезок времени
- 2) более поверхностный характер умозаключений, крайнюю отвлекаемость мышления
- 3) бесплодного мудрствования
- 4) преобладание образных представлений над абстрактными идеями
- 5) возникновение скачки идей, вихря мыслей и представлений

### **Задание #31**

*Вопрос:*

Обстоятельность мышления характеризуется всем перечисленным, кроме:

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) замедления образования новых ассоциаций вследствие преобладания предыдущих
- 2) утраты способности отделения главного от второстепенного
- 3) утраты способности отделения существенного от несущественного
- 4) соскальзывания на латентные ассоциации
- 5) снижения продуктивности мышления

### **Задание #32**

*Вопрос:*

Заторможение процесса мышления характеризуется всем перечисленным, кроме

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) замедления возникновения ассоциаций, уменьшения количества ассоциаций
- 2) однообразия мыслей и представлений, трудности их образования
- 3) трудности отделения главного от второстепенного
- 4) жалоб на утрату способности к мышлению
- 5) ощущения ослабления умственных способностей

### **Задание #33**

*Вопрос:*

Что может служить критерием отличия кататонического ступора от депрессивного?

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) степень выраженности
- 2) продолжительность
- 3) негативизм, повышение мышечного тонуса
- 4) отказ от еды

### **Задание #34**

*Вопрос:*

Укажите совокупность признаков, которые соответствуют утверждению: "для кататонического возбуждения характерно"

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) постоянное стремление к деятельности, повышенная отвлекаемость, целенаправленность действий
- 2) стереотипия, импульсивность, неестественность движений, паясничанье, эхолалия, эхопраксия
- 3) злобно-тоскливое настроение, суженное сознание, устрашающие галлюцинации, бред преследования
- 4) ажитация, сопротивление осмотру, суицидальное поведение

### **Задание #35**

*Вопрос:*

Гипербулия проявляется всем перечисленным, кроме

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) повышения волевой активности, усиления побуждений
- 2) повышенной деятельности
- 3) чувства сделанности состояния
- 4) порывистости, инициативности
- 5) говорливости, подвижности

### **Задание #36**

*Вопрос:*

Какой клинический симптом не характерен для кататонического синдрома?

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) эхо-симптомы
- 2) каталепсия
- 3) мутизм
- 4) дисфории
- 5) негативизм

### **Задание #37**

*Вопрос:*

Апато-абулический синдром обычно наблюдается в клинике

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) пресенильных психозов
- 2) сенильных психозов
- 3) эпилепсии
- 4) шизофрении
- 5) психопатии

### **Задание #38**

*Вопрос:*

Импульсивное возбуждение отличается от других видов возбуждения:

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) гипертимией
- 2) немотивированностью возбуждения
- 3) четкой целенаправленностью
- 4) ничем из перечисленного

### **Задание #39**

*Вопрос:*

Для какого синдрома характерна триада Протопопова?

*Выберите один из 4 вариантов ответа:*

- 1) парафренного
- 2) параноидного
- 3) аментивного
- 4) депрессивного

#### **Задание #40**

*Вопрос:*

При каком синдроме встречается следующая триада симптомов: повышенное, радостное настроение, ускоренное мышление, повышенная двигательная активность?

*Выберите один из 5 вариантов ответа:*

- 1) парафренном
- 2) депрессивном
- 3) ипохондрическом
- 4) маниакальном
- 5) параноидальном

### **СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ**

Задача 1.

Больной П., 30 лет.

Наследственность отягощена психическими расстройствами у бабушки в позднем возрасте. Точное время возникновения психических расстройств установить сложно. Больной описывает ситуацию 2-летнего знакомства с девушкой. Четыре месяца назад она сообщила что беременна от него, он начал «ревновать ее», подозревать, что ребенок не от него. Стал искать у нее фотографии, нашел фотографию ее вместе с мужчиной, «уехавшим в Америку». На основании этой фотографии решил, что ребенок от этого мужчины, отношения с девушкой прекратил. Ситуацию разрыва переживал, постепенно появилось чувство, что в этом виноват он, что он вообще виноват перед семьей, перед сослуживцами, что он плохой. Настроение заметно снизилось. Сон не нарушался. Аппетит был снижен, но не похудел. Стал испытывать интеллектуальные затруднения, плохо сосредоточивался, чувствовал слабость. Этот период продолжался примерно 1,5 месяца, не считает это состояние болезненным. Состояние резко изменилось около 2-х месяцев назад. Называет точную дату (8 марта). Стал замечать на улицах «знаки», значение которых не понимал. Это были «желтые трактора», «огни», «красные огни на трубе, которых раньше не было». Окружающее казалось странным, непонятным, вокруг как будто разыгрывался спектакль. Лица людей менялись, «то все смеялись, то все плакали», «меняли крыши на домах, выйду из дома, а за ночь крыши все сменены». Испытывал растерянность, было чувство, что происходит что-то непонятное. Замечал, что за ним следят на улицах. Слышал со стороны плач детей, голос девушки. Временами не понимал речь окружающих. Чувствовал воздействие извне: путались мысли, его мысли узнавали, иногда ощущал, что ему трудно двигаться.

При поступлении был напряжен, говорил о преследовании, «голосах». В следующие дни на фоне лечения стал спокойным, симптоматика не выявлялась. Во время беседы общение носит формальный характер. Спонтанно о своих переживаниях не рассказывает, на вопросы отвечает не охотно. Свое состояние считает «болезнью», вместе с тем не знает и не понимает, что с ним происходит. Сказал, что ощущение странности, непонятности окружающего, «знаки» сохраняются, настроение у него стало хорошим «вчера».

#### ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).

#### Задача № 2.

Больной П., 26 лет.

По характеру замкнутый, малообщительный. По словам больного, около 2-3-х лет у него пропал интерес к женщинам, перестал с ними встречаться, не тяготился этим. Несколько месяцев назад стал вялым, жаловался на слабость, не справлялся с работой.

При беседе рассказывает, что слышал «голоса» со стороны, которые комментировали его поступки. Называет эти переживания своеобразно: «у меня была слабость к человеческому слуху». Испытывал чувство воздействия от деревьев и со стороны досок на лесопилке, где работал. Считал, что они поглощали его энергию, поэтому и ощущал слабость. Было чувство, что окружающие читают его мысли. Выявить отчетливые депрессивные переживания не удается, хотя отмечает, что в тот период настроение было сниженным. Мышление с элементами паралогии, непоследовательно излагает свои мысли, своеобразно стоит фразы. Критика недостаточна, формальная. Говорит, что он болен, поскольку «врачи так объяснили», в то же время сам верит в подлинность переживаемых событий. Эмоциональные реакции обеднены, мимика застывшая, бедная, пристально смотрит в глаза врачу, редко мигает.

По результатам психологического исследования выявлены структурные нарушения мышления.

#### ЗАДАНИЕ:

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).

#### Задача № 3.

Больной Я., 28 лет.

До начала заболевания характеризует себя как уравновешенного и спокойного, хорошо адаптировался, полностью отслужил в армии. Отмечает, что был осторожен и трусоват, в детстве и подростковом возрасте избегал социально опасных ситуаций. В подростковом возрасте в течение нескольких лет были симптомы ВСД, периодически жаловался на головные боли. 8 лет назад перенес ЧМТ с сотрясением головного мозга. После получения травмы была ситуация отъезда любимой девушки на год за границу, сам в это время готовился поступать в институт в Москве. Сразу после травмы беспокоили головные боли. Через несколько месяцев головные боли усилились, появились вегетативные пароксизмы, боли в сердце, страх смерти. Лечился у неврологов без эффекта. Начал наблюдаться у психиатров по совету знакомого. Регулярно посещал врача, многократно лечился в дневном стационаре. Резко ограничил сферу активности, боялся один выходить из дома, не мог работать, по своей инициативе прекратил отношения с девушкой после ее возвращения. Часто испытывал головные боли, постепенно стал отмечать ослабление памяти, интеллектуальные затруднения. Читал медицинскую литературу. Как правило, был недоволен результатами лечения, но в то же время отличался невысоким уровнем комплайенса, мог прекратить самостоятельно прием лекарств, если считал, что они ему не помогают. Была установлена 2 группа инвалидности по психическому заболеванию. Настоящее поступление связано с ухудшением самочувствия. В стационаре был довольно активен, избирательно общителен, периодически жаловался на головные боли, светобоязнь. Вегетативных пароксизмов не наблюдалось. Настроение было неустойчивым. Спал и ел хорошо.

Во время беседы вначале был несколько насторожен и напряжен. Охотно и подробно рассказывает о своей болезни, считает себя тяжело больным вследствие перенесенной ЧМТ, говорит, что у него «спайки, повреждены сосуды мозга», вычитал это в медицинской литературе и так говорили врачи. Уверен, что в медицинских учреждениях ему помочь не могут, считает, что

надо «выбираться самому». Заметил, что стал более агрессивным. Испытывает страх смерти. Настроение ровное с оттенком недовольства.

При психологическом исследовании выявлена ригидность психических процессов, склонность к обстоятельности мышления, снижение концентрации внимания. Нарушений памяти нет. Личность ригидная, эгоцентричная, с высоким уровнем притязаний, низкой стрессоустойчивостью, наблюдается тенденция «бегства в болезнь».

Заключение невролога: Посттравматическая энцефалопатия. Синдром вегето-сосудистой дистонии с симпато-адреналовыми пароксизмами. Внутричерепная гипертензия.

**ЗАДАНИЕ:**

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).

Задача 4.

Больной К., 31 год.

Личность с чертами недоверчивости, подозрительности, хорошим воображением, «мыслит зрительными образами». По специальности художник-модельер. Заболел около 3-х лет назад. Начало заболевания совпало с переездом из Белоруссии и необходимостью найти себе работу, содержать семью (жена ждала в это время ребенка). Психические расстройства проявляются в виде мыслей, по содержанию не связанных с реальной ситуацией, некоторые из них нелепы. Эти мысли заполняют сознание больного, мешают сосредоточиться, последнее время не работает. Семья распалась, объясняет это тем, что отношения стали распадаться из-за его болезни, развестись решил он сам. В психиатрическую больницу госпитализирован впервые.

Во время беседы откровенно рассказывает о своих переживаниях. Описывает подробно, как «мысли разматываются», «одно цепляется за другое», возникают по ассоциативному механизму – «познакомился с парнем по имени Андрей и вспоминаю о другом знакомом Андрее, как он что-то делал...». «Вспоминает свое прошлое не таким, каким он было на самом деле». Критичен к своим переживаниям, но явного элемента борьбы с переживаниями нет. Мышление нарушено по логической направленности, непоследователен, не всегда понятно, что хочет выразить.

**ЗАДАНИЕ:**

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).

Задача 5.

Больной К., 32 г.

14 лет назад обследовался перед призывом в армию. Тогда обнаруживались невротические реакции, эмоциональная нестабильность. В последние годы родные отмечают повышенную подозрительность в различных ситуациях. Когда ездили с женой на юг отдыхать, в поезде боялся соседей по купе, говорил, что они подозрительно себя ведут. Заболел остро. Перестал спать по ночам, с кем-то разговаривал, иногда громко, неразборчиво кричал. Говорил, что кругом враги, временами застывал в одной позе, подолгу глядя в одну точку. Иногда бросался бежать, куда-то рвался, стучал кулаками в стену, двери. В психиатрическом отделении первые дни был насторожен, внезапно бросился бежать, выбил двери в коридор, сопротивлялся персоналу, потом объяснил, что его хотели убить, кругом были преследователи, врачи подкуплены, бежал, чтобы спасти свою жизнь. В последующем перестал есть, не выполнял инструкции, плохо мочился. Лежал в неподвижной позе с приподнятой над подушкой головой. За последние дни наблюдается положительная динамика. Стал отвечать на вопросы, принимать пищу.

При беседе в начале не открывал глаза, сопротивлялся попыткам осмотра. Затем то хорошо отвечал на вопросы, то внезапно закрывал глаза и замолкал. Сознание не помрачено, понимает, что он в больнице, и понимал это все предыдущие дни. Воспринимает окружающих людей, как опасных, угрожающих его жизни. Подтвердил, что испытывал чье-то воздействие на себя,

узнавали его мысли, слышал «голоса» в голове. Подробно о переживаниях не рассказывает, не удается выяснить, существуют ли он в настоящее время.

**ЗАДАНИЕ:**

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).

**Министерство здравоохранения Российской Федерации**  
**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего**  
**образования «Ивановская государственная медицинская академия»**  
**Институт последипломного образования**

**Приложение № 1**  
**к рабочей программе дисциплины**

**Оценочные средства и методические материалы**  
**для проведения промежуточной аттестации по дисциплине**  
**«Неотложная помощь»**

Уровень высшего образования:	подготовка медицинских кадров высшей квалификации
Квалификация выпускника:	врач – психиатр-нарколог
Направление подготовки:	<i>31.08.21 Психиатрия-наркология</i>
Тип образовательной программы:	Программа ординатуры
Форма обучения:	очная
Срок освоения образовательной программы:	2 года
Код дисциплины:	Б1.В.ОД.2

## 1. Паспорт ОС по дисциплине «Неотложная помощь»

### 1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	2 год обучения
ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	2 год обучения
ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов с психическими и поведенческими расстройствами, обусловленными употреблением психоактивных веществ	2 год обучения

### 1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
1.	УК-1	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- основы логики</li> <li>- философские диалектические принципы</li> <li>- методологию диагноза</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- осуществлять информационный поиск по необходимым вопросам с использованием современных компьютерных систем</li> </ul> <p><b>Владеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- логическим мышлением</li> <li>- способностью к анализу и синтезу</li> </ul>	Комплекты: 1. Тестовых заданий; 2. Ситуационных задач.	Зачет  2 год обучения
2.	ПК-5	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- симптомы, синдромы основных неотложных состояний</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- выявить специфические жалобы больного на момент осмотра</li> <li>- собрать анамнез (у пациента или родственников), выделив возможные причины заболевания</li> <li>- при объективном обследовании выявить специфические признаки заболевания</li> <li>- уметь выбрать минимальный, необходимый для постановки диагноза</li> </ul>		

		<p>комплекс лабораторных и инструментальных методов исследования</p> <p><b>Владеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- комплексом методов стандартного обследования больных</li> <li>- принципами дифференциальной диагностики заболеваний</li> <li>- Интерпретации результатов основных лабораторных и инструментальных методов исследования</li> </ul>		
3.	ПК-6	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- алгоритмы оказания неотложной помощи при основных неотложных состояниях</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- определить показания к оказанию неотложной помощи</li> <li>- организовать оказание неотложной помощи</li> <li>- определить профиль стационара с учетом характера, тяжести заболевания, ургентности госпитализации, вида осложнения и преобладания синдрома на момент госпитализации</li> </ul> <p><b>Владеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- комплексом методов оказания неотложной помощи при ургентных состояниях</li> </ul>		

## 2. Оценочные средства

### 2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий

#### 2.1.1. Содержание.

С помощью тестовых заданий оцениваются теоретические знания по дисциплине.

#### 2.1.2. Критерии и шкала оценки

Тестирование проводится на последнем занятии дисциплины и является допуском к промежуточной аттестации. Тестовый контроль оценивается отметками «зачтено», «не зачтено».

Отметка «зачтено» на этапе тестирования выставляется, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. Ординатор проходит тестирование до получения отметки «зачтено».

### 2.2. Оценочное средство: ситуационные задачи

#### 2.2.1. Содержание.

С помощью ситуационных задач оцениваются теоретические знания и умения по дисциплине.

#### 2.2.2. Критерии и шкала оценки

Теоретические знания и практические навыки оцениваются отметками «зачтено» и «не зачтено».

Компетенция	«зачтено»	«не зачтено»
УК-1	<p><b>Умеет:</b> абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы</p> <p><b>Владеет:</b> абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы</p>	<p><b>Умеет</b> <u>Не способен</u> - абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы</p>
ПК-5	<p><b>Умеет:</b> определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p> <p><b>Владеет:</b> определяет у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p>	<p><b>Умеет</b> <u>Не способен</u> определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.</p>
ПК-6	<p><b>Умеет:</b> вести и лечить пациентов с психическими и поведенческими расстройствами, обусловленными употреблением психоактивных веществ</p> <p><b>Владеет:</b> ведет и лечит пациентов с психическими и поведенческими расстройствами, обусловленными употреблением психоактивных веществ</p>	<p><b>Умеет:</b> <u>Не способен</u> к ведению и лечению пациентов с психическими и поведенческими расстройствами, обусловленными употреблением психоактивных веществ</p>

### 2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания.

Собеседование по ситуационным задачам проводится во время промежуточной аттестации.

### 3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине

До зачета по модулю дисциплины допускаются ординаторы, получившие отметку «зачтено» за выполнение тестовых заданий.

Обучающийся получает отметку «зачтено», если за оба этапа поставлены отметки «зачтено».

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ**  
**Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6**

1. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА НЕОБХОДИМО:

- а) дать нитроглицерин
- б) ввести обезболивающее
- в) вызвать кардибригаду
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

2. СЖИМАЮЩИЕ БОЛИ ПРИСТУПООБРАЗНОГО ХАРАКТЕРА ЗА ГРУДИНОЙ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

- а) миокардита
- б) стенокардии
- в) перикардита
- г) митрального стеноза

3. ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ УРЕЖЕНИЯ ЧСС ПРИ ТАХИАРИТМИЯХ, ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) анаприлин (атенолол)
- б) дибазол
- в) коринфар
- г) анальгин
- д) нитроглицерин

4. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) верапамил
- б) лидокаин
- в) дигоксин
- г) новокаинамид
- д) обзидан

5. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) истинный кардиогенный шок
- б) отек легких
- в) фибрилляция желудочков
- г) полная атриовентрикулярная блокада

6. НАИБОЛЕЕ ПОДХОДЯЩИМ ПРЕПАРАТОМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ОТЕКА ЛЕГКИХ У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И НОРМАЛЬНЫМ АД ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) строфантин
- б) нитроглицерин
- в) маннитол
- г) преднизолон
- д) пентамин

7. НАИБОЛЕЕ ПОДХОДЯЩИМ ПРЕПАРАТОМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КАРДИОГЕННОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) мезатон
- б) допамин
- в) добутамин
- г) ангиотензин
- д) строфантин

8. РАЗВИТИЕ ОСТРОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО:

- а) при массивной тромбоэмболии легочной артерии
- б) при крупозной пневмонии

- в) при инфаркте миокарда правого желудочка
- г) при астматическом статусе 2-й стадии
- д) при респираторном дистресс-синдроме взрослых

9. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО К ОСЛОЖНЕНИЯМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА НЕ ОТНОСЯТСЯ:

- а) острая левожелудочковая недостаточность
- б) геморрагический инсульт
- в) острая коронарная недостаточность
- г) кровоизлияние в сетчатку
- д) легочное кровотечение

10. КАКОЙ ПРЕПАРАТ НАИБОЛЕЕ УДОБЕН ДЛЯ ПЕРОРАЛЬНОГО ПРИЕМА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА?

- а) эналаприл
- б) анаприлин
- в) коринфар
- г) допегит
- д) изобарин

11. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ БОЛЬНОГО В ПОСТСИНКОПАЛЬНЫЙ ПЕРИОД ДИАГНОЗУ "ПРОСТОЙ ОБМОРОК" ПРОТИВОРЕЧИТ:

- а) головная боль
- б) потеря памяти
- в) потливость
- г) тошнота
- д) наличие позывов к рвоте

12. К РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ТЯЖЕЛОЙ ДОЛЕВОЙ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ ВСЕ, КРОМЕ:

- а) отек легких
- б) плеврит
- в) острая артериальная гипотензия
- г) легочное кровотечение
- д) инфекционно-токсический шок

13. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИМЕНЯЮТ

- а) преднизолон
- б) адреналин
- в) эуфиллин
- г) беротек ингаляционно
- д) любой из перечисленных

14. ПРИСТУП УДУШЬЯ ЯВЛЯЕТСЯ ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ:

- а) сердечной астмы
- б) ларингоспазма
- в) бронхиальной астмы
- г) все ответы неправильны
- д) все ответы правильны

15. С НАИБОЛЬШИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У БОЛЬНОГО ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ СОЧЕТАЮТСЯ:

- а) длительный запор
- б) повышенная белковая пищевая нагрузка
- в) передозировка мочегонных
- г) кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода
- д) присоединение асцит-перитонита

16. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ДАННЫХ ДЛЯ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ ХАРАКТЕРНО:

- а) внезапность развития
- б) сохраненный тонус глазных яблок
- в) бледность кожных покровов
- г) все ответы правильные
- д) все ответы не правильные

17. ДЛЯ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЫ СПРАВЕДЛИВЫ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ:

- а) гликемия свыше 20 ммоль/л
- б) кетоновые тела в моче
- в) влажность кожных покровов
- г) снижение тонуса глазных яблок
- д) сухость кожных покровов

18. ПРЕПАРАТАМИ В ЭКСТРЕННОМ ЛЕЧЕНИИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

- а) преднизолон
- б) мезатон
- в) адреналин
- г) эуфиллин

19. ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ ОПТИМАЛЬНЫМ ОБЕЗБОЛИВАНИЕМ БУДЕТ:

- а) внутривенное введение 1-2 мл морфина гидрохлорида
- б) внутривенное введение 300 мг калипсола
- в) закись азота с кислородом в соотношении 3:1
- г) регионарная анестезия
- д) внутривенное введение баралгин

20. РАЗВИТИЕ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВОЗМОЖНО ПРИ ОТРАВЛЕНИИ:

- а) этиленгликолем
- б) четыреххлористым углеводородом
- в) мышьяком
- г) сулемой
- д) все ответы правильны

21. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ОСТРОГО ПСИХОМОТОРНОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ ПРИМЕНЯЮТ:

- а) аминазин
- б) димедрол
- в) седуксен
- г) анальгин
- д) не один из перечисленных

22. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО ПРИПАДКА ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) сернокислая магнезия
- б) гексенал
- в) седуксен
- г) лазикс
- д) атропин

23. ПОЯВЛЕНИЕ ПРИСТУПОВ ИНСПИРАТОРНОГО УДУШЬЯ В НОЧНОЕ ВРЕМЯ У БОЛЬНЫХ ИБС СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О:

- а) сердечной астме
- б) бронхиальной астме
- в) инфаркте миокарда
- г) гипертоническом кризе
- д) все перечисленное верно

24. У БОЛЬНОГО БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ПРИСТУП УДУШЬЯ НЕ КУПИРУЮЩИЙСЯ ВВЕДЕНИЕМ ЭУФИЛЛИНА. НЕОБХОДИМО ВВЕСТИ ВНУТРИВЕННО:

- а) но-шпу
- б) преднизолон
- в) строфантин
- г) дибазол
- д) супрастин

25. ПОЧЕЧНУЮ КОЛИКУ ВЫЗЫВАЮТ:

- а) туберкулез почки
- б) камень мочеточника
- в) хронический пиелонефрит
- г) острая почечная недостаточность
- д) разрыв мочевого пузыря

## СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

№ 1

Вы находитесь на продовольственном рынке, мужчина рядом с Вами пробует сливу. Внезапно его лицо стало бледным, затем синюшно-багровым, он сильно испуган, судорожно открывает рот, вдоха нет, глаза навывкате, слезотечение.

Задание:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения (ПК-6).

№ 2

Мужчина, 46 лет, выпил неизвестную жидкость, после чего почувствовал резкую боль во рту, за грудиной и в животе.

При осмотре: беспокоен, мечется от боли, отмечалась повторная рвота с примесью крови.

Задание:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения (ПК-6).

№ 3

Мужчину ужалила пчела. Через несколько минут после этого состояние резко ухудшилось. Появилось учащенное дыхание с нарушением выдоха. Периодически судороги. Пульс 110 в 1 минуту, почти не определяется, тоны сердца ослаблены. Артериальное давление 60/20. Резко заторможен.

Задание:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения (ПК-6).

№ 4

Женщине, 38 лет, в медицинском пункте предприятия проведена вакцинация против гриппа вакциной «Гриппол». Через 5 мин после вакцинации появились жалобы на нехватку воздуха, грубый, лающий кашель с «металлическим» оттенком. Удушье стремительно нарастало. Резко затруднен вдох. Голос стал осипшим. Через 10 мин прибыла бригада «Скорой помощи», вызванная медсестрой.

При осмотре: женщина в сознании, но на вопросы отвечает с трудом, дезориентирована в пространстве. Быстро нарастает цианоз кожи, приобретающий генерализованный характер. Вдох резко затруднен, прерывистый, при дыхании отмечается втяжение яремной ямки, межрёберных

промежутков. Дыхание в легких едва прослушивается. ЧД 56 в 1 минуту. Границы сердца не расширены, тоны ритмичные, звучные. ЧСС 65 уд/мин., слабого наполнения АД 70/50 мм рт.ст.

Задание:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения (ПК-6).

№ 5

В приёмное отделение поступил мужчина, 54 лет, с жалобами на сильные боли и ощущение распирания внизу живота, мучительные позывы к мочеиспусканию.

При осмотре: пациент беспокоен, перкуторно над мочевым пузырём тупой звук, пальпация болезненная из-за сильного позыва к мочеиспусканию.

Задание:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения (ПК-6).

№ 6

Мужчина, 64 года, обратился с жалобами на отсутствие стула в течение 4 суток, отсутствие аппетита, чувство тяжести и боли в нижнем отделе живота схваткообразного характера, иррадиирующие в крестец, неотхождение газов.

Задание:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения (ПК-6).

№ 7

Мужчина 56 лет

В течение 2 лет беспокоят одышка, сердцебиение и головные боли. Однако, к врачам не обращался, сохраняя трудоспособность. Ухудшение самочувствия в течение последних 3 недель: одышка значительно усилилась, стала беспокоить в покое, заставляя больного спать с высоко поднятым изголовьем.

Объективно: акроцианоз, бледность кожных покровов. Тоны сердца приглушены, аритмичные, акцент 11 тона на аорте. В легких ослабленное дыхание, в нижних отделах единичные влажные хрипы. ЧСС = 130-150 ударов в минуту, дефицит пульса 20, АД = 210\130 мм ртст S=D. Печень не увеличена. Периферических отеков нет.

Задание:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения (ПК-6).

№ 8

Мужчина 40 лет

Жалуется на интенсивный ангинозный приступ, развившийся впервые в жизни. В анамнезе - хронический тонзиллит, хронический некалькулезный холецистит.

При осмотре: состояние тяжелое, сохраняются ангинозные боли.

АД=110\70 мм рт ст., ЧСС=68 уд\мин.. Тоны сердца пониженной звучности, шумы не прослушиваются. В легких - застойных хрипов нет. Печень не увеличена, периферических отеков нет.

Задание:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения (ПК-6).

№ 9

Больной Н., 63 лет, пенсионер, жалуется на перебои в работе сердца, сердцебиение, чувство нехватки воздуха при ходьбе, слабость. Из анамнеза заболевания: 2 года назад впервые после

стресса возникли интенсивные сжимающие боли за грудиной, иррадиирующие в левую подлопаточную область, сопровождавшиеся резкой слабостью, обильным потоотделением. Через 30 мин от начала болевого приступа бригадой скорой помощи был доставлен в стационар. Болевой синдром в грудной клетке купирован на догоспитальном этапе и в последующем не рецидивировал. После выписки из стационара принимал -блокаторы, на фоне чего самочувствие пациента оставалось относительно хорошим. Настоящее ухудшение со вчерашнего дня на фоне значительной физической нагрузки (работа в саду). Пульс аритмичный, 110 в мин., слабый, мягкий, малой величины, сосудистая стенка вне пульсовой волны не пальпируется. АД 100/70 мм рт.ст.

Задание:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения (ПК-6).

№ 10

Больная С., 72 лет, доставлена с жалобами на резкую разлитую головную боль, мелькание мушек перед глазами, головокружение, тошноту, общую слабость, сухость во рту, слабость в правой руке. Из анамнеза заболевания: повышение АД с 42 лет, максимальные цифры АД – 210/100 мм рт.ст. Повышение АД сопровождается головной болью, головокружением, тошнотой. Относительно регулярно принимает гипотензивные препараты, на фоне терапии АД на уровне 140-150/80-90 мм рт.ст. В 65-илетнем возрасте перенесла ОНМК. Последние 2 года беспокоят одышка при умеренной физической нагрузке и отеки нижних конечностей. Три дня назад (на фоне стресса) прекратила прием гипотензивных препаратов. Сегодня около часа назад появились вышеуказанные жалобы. Объективно: Повышенного питания (вес 98 кг, рост 155 см). Кожные покровы гиперемированы, чистые, повышенной влажности. Отеки стоп, голеней до верхней трети.

Задание:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения (ПК-6).

№ 11

Пациентка 23 лет предъявляет жалобы приступы удушья в дневные и ночные часы ежедневно до 4-6 раз в сутки, хрипы в грудной клетке, приступообразный кашель со слизистой вязкой мокротой, заложенность носа.

Задание:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения (ПК-6).

№ 12

Пациент 43 лет предъявляет жалобы на боль в правой половине грудной клетки, одышку в покое, общую слабость.

Час назад при подъеме тяжести на работе у больного внезапно появилась боль в грудной клетке справа, удушье, сухой кашель, холодный пот. Вызвана бригада скорой помощи. Обезболивающие средства, введенные врачом «скорой помощи», состояние существенно не улучшили.

Задание:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения (ПК-6).

№ 13

Пациент 68 лет предъявляет жалобы на одышку преимущественно инспираторного характера в покое, давящие боли за грудиной, кашель, отделяется розовая пенная мокрота.

Много лет страдает гипертонической болезнью. 5 лет назад перенес инфаркт миокарда. С этого времени фибрилляция предсердий постоянная форма. Постоянно получал периндоприл, индапамид, бисопролол, варфарин. Около 6 месяцев отмечает отеки ног, одышку при незначительных физических нагрузках. Сегодня ночью развился приступ удушья.

Задание:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения (ПК-6).

**Министерство здравоохранения Российской Федерации**  
**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего**  
**образования «Ивановская государственная медицинская академия»**  
**Институт последипломного образования**

**Приложение № 1**  
**к рабочей программе дисциплины**

**Оценочные средства и методические материалы**  
**для проведения промежуточной аттестации по дисциплине**  
**«Онкология»**

Уровень высшего образования:	подготовка медицинских кадров высшей квалификации
Квалификация выпускника:	врач – <i>психиатр-нарколог</i>
Направление подготовки:	<i>31.08.21 «Психиатрия-наркология»</i>
Тип образовательной программы:	Программа ординатуры
Форма обучения:	очная
Срок освоения образовательной программы:	2 года
Код дисциплины:	Б1.В.ОД.3

## 1. Паспорт ОС по дисциплине «Онкология»

### 1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	2 год обучения
ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	2 год обучения
ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	2 год обучения
ПК-9	Готовность к формированию у населения пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	2 год обучения

### 1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
1.	УК-1	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- основы логики</li> <li>- философские диалектические принципы</li> <li>- методологию диагноза</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- правильно (адекватно) использовать нормативные документы здравоохранения, включающие законы, приказы, решения, распоряжения и международные стандарты</li> </ul> <p><b>Владеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- логическим мышлением</li> <li>- способностью к анализу и синтезу</li> </ul>	Комплекты: 1. Тестовых заданий; 2. Ситуационных задач.	Зачет  2 год обучения
2.	ПК-1	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- организационно-экономические основы деятельности учреждений здравоохранения и медицинских работников в условиях бюджетно-</li> </ul>		

		<p><i>страховой медицины; основы социальной гигиены, организации и экономики здравоохранения, медицинской этики и деонтологии</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- санитарно-гигиенические и профилактические мероприятия по охране здоровья подростков, противоэпидемические мероприятия и эпидемиологию наркологических заболеваний</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- работать с семьей больного алкоголизмом и наркоманией, определить степень созависимости и провести психокоррекционное и психотерапевтическое лечение</li> <li>- проводить санитарно-просветительную работу по предупреждению употребления и злоупотребления алкоголем и психоактивными веществами, в т.ч. табаком</li> <li>- оказывать консультативно-методическую помощь врачам общей медицинской сети здравоохранения по раннему выявлению лиц, злоупотребляющих алкоголем, а также лиц, склонных к употреблению психоактивных веществ</li> <li>- осуществлять профилактику социально-опасных действий больных наркологического профиля</li> <li>- проводить самостоятельный прием наркологических больных в диспансере</li> </ul> <p><b>Владеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- адекватной этиотропной и патогенетической профилактикой наркологических больных</li> </ul>		
3.	ПК-5	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- общие принципы и основные методы клинической, инструментальной и лабораторной диагностики функционального состояния органов и систем человеческого организма</li> <li>- общие и функциональные методы обследования психических больных, возможности инструментальных и специальных методов диагностики</li> <li>- вопросы психопатологического обследования, составление психического статуса, диагностического и терапевтического обследования</li> </ul>		

	<p>- основы рентгенологии, краниографии, томографии, МРТ</p> <p>- клиническая симптоматика патологических состояний</p> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- опросить больного и получить наиболее достоверные сведения об употреблении им алкоголя или психоактивного вещества</li> <li>- правильно и максимально полно собрать анамнез болезни и анамнез жизни наркологического больного</li> <li>- выявить характерные признаки имеющегося наркологического заболевания</li> <li>- провести дифференциальную диагностику заболевания, связанного с употреблением (злоупотреблением) алкоголя или психоактивного вещества с сходными по клинической картине психотическими состояниями и психическими заболеваниями</li> <li>- оценить морфологические и биохимические показатели крови, мочи, ликвора и других биологических сред, данные рентгеноскопии и рентгенографии, ЭКГ, ЭЭГ, ЭХО-графии, КТ и МРТ в диагностике патологического процесса и определении его активности</li> <li>- поставить и обосновать окончательный диагноз</li> <li>- оценить риск и прогноз болезни и жизни при решении вопроса об отнятии наркотика у больного ятрогенной наркоманией</li> <li>- провести экспертизу алкогольного и наркотического опьянения</li> </ul> <p><b>Владеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- методикой расспроса больного</li> <li>- методикой наблюдения за пациентом</li> <li>- методикой сбора анамнестических и катамнестических сведений</li> <li>- методикой психопатологического анализа получаемой информации</li> <li>- методикой использования диагностических и оценочных шкал, применяемых в наркологии</li> </ul>		
4.	<p>ПК-9</p> <p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- принципы и методы формирования здорового образа жизни</li> <li>- организацию и принцип работы центра</li> </ul>		

	социальной реабилитации <b>Умеет:</b> - формировать у пациентов мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих <b>Владеет:</b> - системой выбора принципов и методов формирования здорового образа жизни		
--	--	--	--

## 2. Оценочные средства

### 2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий

#### 2.1.1. Содержание.

С помощью тестовых заданий оцениваются теоретические знания по дисциплине.

#### 2.1.2. Критерии и шкала оценки

Тестирование проводится на последнем занятии дисциплины и является допуском к промежуточной аттестации. Тестовый контроль оценивается отметками «зачтено», «не зачтено».

Отметка «зачтено» на этапе тестирования выставляется, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. Ординатор проходит тестирование до получения отметки «зачтено».

### 2.2. Оценочное средство: ситуационные задачи

#### 2.2.1. Содержание.

С помощью ситуационных задач оцениваются теоретические знания и умения по дисциплине.

#### 2.2.2. Критерии и шкала оценки

Теоретические знания и практические навыки оцениваются отметками «зачтено» и «не зачтено».

Компетенция	«зачтено»	«не зачтено»
УК-1	<b>Умеет:</b> <i>абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы</i> <b>Владеет:</b> <i>абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы</i>	<b>Умеет</b> <u>Не способен</u> - абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы
ПК-1	<b>Умеет:</b> <i>осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека</i>	<b>Умеет</b> <u>Не способен</u> осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и

	<p><i>факторов среды его обитания</i></p> <p><b>Владеет:</b>  <i>осуществляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</i></p>	<p><i>условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</i></p>
ПК-5	<p><b>Умеет:</b>  <i>определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</i></p> <p><b>Владеет:</b>  <i>определяет у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</i></p>	<p><b>Умеет</b>  <u>Не способен</u> <i>определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.</i></p>
ПК-9	<p><b>Умеет:</b>  <i>формировать у пациентов мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</i></p> <p><b>Владеет:</b>  <i>системой формирования у пациентов мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</i>  <i>выбора принципов и методов формирования здорового образа жизни</i></p>	<p><b>Умеет:</b>  <u>Не способен</u> <i>формировать у пациентов мотивацию, направленную на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</i></p>

### 2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания.

Собеседование по ситуационным задачам проводится во время промежуточной аттестации.

### 3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине

До зачета по модулю дисциплины допускаются ординаторы, получившие отметку «зачтено» за выполнение тестовых заданий.

Обучающийся получает отметку «зачтено», если за оба этапа поставлены отметки «зачтено».

## ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9

### 1. К облигатным предракам поперечной ободочной кишки относят

- а) ювенильные полипы
- б) одиночный полип поперечной ободочной кишки
- в) регионарный энтерит
- г) терминальный илеит
- д) диффузный семейный полипоз

### 2. Пациент 64 лет жалуется на повышенную утомляемость, недомогание, потерю массы тела, вздутие живота, периодическое появление примеси незначительного количества крови в стуле. В анализе крови — анемия, лейкоцитоз до $10 \times 10^9/\text{л}$ , ускорение СОЭ. О каком заболевании следует подумать в первую очередь

- а) неспецифический язвенный колит
- б) долихосигма
- в) рак нисходящего отдела толстой кишки
- г) рак восходящего отдела толстой кишки
- д) рак прямой кишки

### 3. У больной 45 лет при осмотре заподозрили двустороннюю фиброзно-кистозную мастопатию. Выделений из сосков нет. Для подтверждения диагноза надо провести 1) бесконтрастную маммографию 2) определение эстрогенов в суточной моче 3) контрастную маммографию 4) пункцию с цитологическим исследованием 5) рентгеноскопию грудной клетки. Выберите правильную комбинацию ответов

- а) 1,3,4
- б) 1,2,4
- в) 1,4
- г) 1,2,3
- д) все вышеперечисленное

### 4. У женщины 30 лет при осмотре выявлено небольшое образование в молочной железе, при надавливании на сосок — кровянистые выделения из него. Предположительный диагноз

- а) рак Педжета
- б) внутрипротоковая папиллома
- в) галактоцеле
- г) фиброзно-кистозная мастопатия
- д) мастодиния

### 5. Ко II клинической группе по онкологии относятся пациенты

- а) с предопухолевыми заболеваниями
- б) излеченные от злокачественной опухоли
- в) с выявленным злокачественным процессом, подлежащим лечению
- г) с выявленными двумя опухолями
- д) с запущенным опухолевым процессом

### 6. Скрининг онкологических заболеваний проводится

- а) у больных с выявленной опухолью
- б) среди населения старше 60 лет
- в) у лиц, ранее переболевших онкозаболеванием
- г) среди контингента, работающего на «вредных» производствах

д) у практически здоровых людей

**7.Скрининг рака легкого проводится путем**

- а) профилактической флюорографии
- б) анализа мокроты на атипические клетки
- в) анализа крови (СОЭ)
- г) компьютерной томографии
- д) фибробронхоскопии

**8.К предраку желудка можно отнести**

- а) желчекаменную болезнь
- б) геморрагический гастрит
- в) болезнь Мэллори—Вейсса
- г) хронический панкреатит
- д) хроническую язву большой кривизны желудка

**9.Какие признаки можно отнести к «сигналам тревоги» рака молочной железы**

- а) кровянистые выделения из сосков
- б) ускоренная СОЭ
- в) коричневая пигментация кожи молочных желез
- г) длительное повышение температуры тела
- д) повышенное оволосение молочных желез

**10.Вторичной профилактикой рака легких является**

- а) борьба с курением
- б) применение антигистаминных препаратов
- в) употребление витаминов группы В
- г) профилактическая флюорография органов грудной клетки
- д) определение в крови «раково-эмбрионального антигена»

**11.Какое место в статистике онкозаболеваемости занимает рак легкого**

- а) 3-е место у мужчин и женщин
- б) 8-10-е место у мужчин и женщин
- в) 1-е место у мужчин и 4-5 место у женщин
- г) 1-е место у мужчин и у женщин
- д) 29-30-е место у мужчин и женщин

**12.Укажите характерный рентгенологический признак центрального рака легкого**

- а) наличие множества мелких теней в ткани легкого
- б) тень узла опухоли с полостью распада
- в) наличие «дорожки» к корню легкого
- г) наличие зоны ателектаза
- д) наличие уровня жидкости в плевральной полости

**13.Какое состояние позволяет отнести пациента к IV стадии рака желудка**

- а) наличие тяжелой сердечной патологии, не позволяющей оперировать
- б) прорастание опухоли в хвост поджелудочной железы
- в) прорастание опухоли в левую долю печени
- г) наличие опухоли размерами более 4 см
- д) наличие одиночного метастаза в правой доле печени

**14.Какие группы женщин чаще поражаются раком шейки матки**

- а) нерожавшие женщины
- б) пожилые пациентки, страдающие диабетом и ожирением
- в) рожавшие женщины, не кормившие детей грудью
- г) рано вступившие в брак, много рожавшие женщины 45-50 лет
- д) женщины, применявшие с целью контрацепции прогестины

**15. Какие процессы в слизистой оболочке матки следует отнести к предраку**

- а) хронический эндометрит
- б) склеротические процессы
- в) железистая гиперплазия эндометрия
- г) децидуальная гиперплазия
- д) врожденная гипоплазия

**16. Что является предраком для толстой кишки**

- а) геморрой с частыми обострениями
- б) семейный полипоз
- в) анальная трещина
- г) острый энтероколит
- д) псевдотуберкулез мезентериальных лимфоузлов

**17. Что можно отнести к «сигналам опасности» рака прямой кишки**

- а) изменение формы кала
- б) рвота «вчерашней» пищей
- в) частое мочеиспускание и боли над лоном
- г) анальный зуд
- д) появление «нейтрального» жира в копрограмме

**18. Какие признаки пигментного образования кожи подозрительны на наличие меланомы**

- а) размеры пигментного образования более 1,5 см
- б) множественное поражение кожи невусами
- в) изъязвление поверхности пигментного образования
- г) рост волос на «родимом пятне»
- д) локализация невуса на голове

**19. Что можно отнести к симптомам рака пищевода**

- а) рвота вчерашней пищей
- б) сухой кашель
- в) шум в ушах
- г) затруднение при глотании
- д) генерализованный гиперостоз костей

**20. Какие группы женщин имеют риск заболеть раком эндометрия**

- а) много рожавшие женщины 30-40 лет
- б) нерожавшие женщины
- в) женщины 45-55 лет, страдающие гипертензией, ожирением и сахарным диабетом
- г) женщины в глубокой менопаузе с атрофией эндометрия
- д) женщины 30-35 лет с гипофункцией щитовидной железы

**21. Если известно, что одиночное округлое образование в легком является метастазом, то, вероятнее всего, отсев исходит из опухоли**

- а) головного мозга
- б) молочной железы

- в) кожи
- г) почки
- д) толстой или прямой кишки

**22. Укажите наиболее частую локализацию рака пищевода**

- а) верхняя треть
- б) уровень бифуркации трахеи
- в) средняя треть
- г) нижняя треть
- д) не имеет характерной локализации

**23. Аденокарцинома почки чаще всего метастазирует в**

- а) легкие
- б) кости
- в) контралатеральную почку.
- г) печень
- д) паховые лимфоузлы

**24. Женщина 70 лет жалуется, что регулярно наблюдает следы алой крови в нормальном стуле коричневого цвета. Наиболее вероятная причина**

- а) рак поперечной ободочной кишки
- б) рак прямой кишки
- в) рак анального кольца
- г) дивертикулез
- д) геморрой

**25. Чаще всего опухоль средостения это**

- а) тимома
- б) тератодермоидная опухоль
- в) киста перикарда
- г) энтерогенная киста
- д) нейрогенная опухоль

**26. Другой, кроме бронхогенного рака, наиболее частой причиной синдрома сдавления верхней полой вены является**

- а) рак щитовидной железы
- б) медиастинальный фиброз
- в) лимфома
- г) злокачественная тимома
- д) травма

**27. Наиболее частая локализация рака молочной железы**

- а) верхненаружный квадрант
- б) нижненаружный квадрант
- в) верхневнутренний квадрант
- г) нижневнутренний квадрант
- д) перидарклярная зона

**28. У 65-летней женщины развилась дисфагия, которая быстро прогрессирует в течение последних нескольких недель. Отмечена потеря массы тела, анемия. Изжоги нет. Наиболее вероятный диагноз**

- а) рак пищевода

- б) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- в) ахалазия кардии
- г) дивертикул пищевода
- д) инородное тело пищевода

**29. Выберите наилучшую тактику по отношению к 20-летней женщине, страдающей семейным полипозом толстой кишки**

- а) ректороманоскопия
- б) ректороманоскопия и ирригоскопия
- в) эндохирургическое лечение (диатермокоагуляция всех полипов)
- г) хирургическое лечение (субтотальная колэктомия)
- д) в специфическом лечении не нуждается

**30. Женщина 40 лет обратилась по поводу недавно развившегося изъязвления бородавки на подошве. Бородавка существовала с детства, в остальном женщина здорова. Наиболее подходящим будет**

- а) наблюдение
- б) мазь 5-фторурацила местно
- в) биопсия
- г) направление на лучевую терапию
- д) ничего из вышеперечисленного

## **СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ**

### **Задача 1**

В офис врача обратилась женщина с сыном. Мальчику 3 года.

Жалобы на «шишку» в левой теменной области головы, свищ со скудным отделяемым. Анамнез. Мама заметила припухлость на голове при купании ребенка два месяца назад. Обратилась к хирургу, который поставил диагноз ушиб, ребенок не лечился. Через 2 месяца открылся свищ в области припухлости. Мать ребенка и его старший брат наблюдаются в противотуберкулезном диспансере в течение пяти лет по поводу туберкулеза легких.

Объективно. После снятия повязки в левой теменной области опухоль, эластичной консистенции, в центре которой свищ.

На рентгенограммах черепа в двух проекциях – в левой теменной кости литическая деструкция неправильной формы 3х5 см с нечеткими неровными контурами, с секвестром в центре в виде «таящего сахара».

Задания:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите круг заболеваний, протекающих с подобной клинической картиной. Проведите дифференциальный диагноз (УК-1, ПК-1).
3. Назовите рекомендации пациенту по укреплению здоровья (ПК-9).

### **Задача 2**

На прием обратился мужчина, 70 лет.

Жалобы на нарастающие боли в костях. Анамнез. Два месяца назад появились боли в поясничном отделе позвоночника, затем присоединились боли в тазобедренных суставах, спине, ребрах, плечевых суставах. Появилась слабость. Объективно. Правосторонний сколиоз в грудном отделе позвоночника. Боли при пальпации в остистых отростках позвонков. В анализах крови – анемия.

На рентгенограммах позвоночника, таза, плечевых костей – множественные округлые с четкими контурами плотные очаги до 1 см в диаметре. Дистрофические изменения в суставах и позвоночнике. Системный остеопороз. Правосторонний сколиоз в грудном отделе позвоночника.

Задания:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите круг заболеваний, протекающих с подобной клинической картиной. Проведите дифференциальный диагноз (УК-1, ПК-1).
3. Назовите рекомендации пациенту по укреплению здоровья (ПК-9).

### Задача 3

Больная 37 лет обратилась с жалобами на наличие образования в правом подреберье, чувство тяжести там же. Известно, что образование она прощупала самостоятельно три месяца тому назад. При осмотре выявлена небольшая деформация живота за счет выбухания правых отделов. Сразу ниже края печени пальпируется образование округлой формы мягкоэластической консистенции с нечеткими контурами, безболезненное. Подвижность его ограничена, размеры 10x12 см. При УЗИ в брюшной полости определяется анэхогенное подвижное округлое образование с четким ровными контурами и тонкой капсулой. Расположено образование верхним полюсом под правой долей печени, а нижним - на уровне бифуркации аорты.

Задания:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите круг заболеваний, протекающих с подобной клинической картиной. Проведите дифференциальный диагноз (УК-1, ПК-1).
3. Назовите рекомендации пациенту по укреплению здоровья (ПК-9).

### Задача 4

Мужчина 53 лет обратился в поликлинику.

Жалобы: кашель, кровохарканье, боль в правой половине грудной клетки, слабость.

Анамнез: больным себя считает в течение трех месяцев, когда появились кашель, температура до 38, слабость. В поликлинике по поводу пневмонии проводилась противовоспалительная терапия. Состояние улучшилось, температура нормализовалась, но при флюорографии выявлена патология в легком.

При осмотре: общее состояние ближе к удовлетворительному. Рост 158 см, вес 92 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Пульс 82 уд. в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительных качеств, АД-130/86 мм рт.ст. границы сердца расширены влево на 0,5 см. Тоны сердца приглушены, акцент 2 тона над аортой. ЧД 20 в 1 минуту, грудная клетка правильной форма, активно участвует в акте дыхания. перкуторно - справа сзади на уровне угла лопатки перкуторный звук с коробочным оттенком, аускультативно - жесткое дыхание.. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень по краю реберной дуги. Дизурических явлений нет, периферических отеков нет. Щитовидная железа не пальпируется. Больная эмоционально лабильно, плаксива, нервозна.

Задания:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите круг заболеваний, протекающих с подобной клинической картиной. Проведите дифференциальный диагноз (УК-1, ПК-1).
3. Назовите рекомендации пациенту по укреплению здоровья (ПК-9).

### Задача 5

Мужчина 44 лет обратился в поликлинику

Направлен с профосмотра в связи с выявленными изменениями на флюорографии в правом легком.

При осмотре: общее состояние ближе к удовлетворительному. Рост 158 см, вес 92 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Пульс 82 уд. в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительных качеств, АД-130/82 мм рт.ст. границы сердца расширены влево на 0,5 см. Тоны сердца приглушены,

акцент 2 тона над аортой. ЧД 20 в 1 минуту, грудная клетка правильной форма, активно участвует в акте дыхания. перкуторно - Перкуторно сзади над правой лопаткой незначительное укорочение перкуторного звука. Аускультативно дыхание везикулярное.

Живот мягкий, при пальпации безболезненный, очень по краю реберной дуги. Дизурических явлений нет, периферических отеков нет. Щитовидная железа не пальпируется. Больная эмоционально лабильно, плаксива, нервозна.

При рентгенологическом исследовании субплеврально, во II сегменте верхней доли правого легкого, округлой формы образование 3,0 см в диаметре, неоднородной структуры, с глыбками обызвествлений в толще и по краю. Контуры четкие местами неровные. В прилежащих отделах легочной ткани на фоне деформированного рисунка различных размеров плотные очажки. Плевра на этом уровне утолщена. Видна тяжистая дорожка к корню легкого. В корне единичные обызвествленные мелкие лимфатические узлы.

Задания:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите круг заболеваний, протекающих с подобной клинической картиной. Проведите дифференциальный диагноз (УК-1, ПК-1).
3. Назовите рекомендации пациенту по укреплению здоровья (ПК-9).

### Задача 6

Больная Г., 58 лет обратилась к онкологу с жалобами на частые позывы к дефекации с выделением крови и слизи.

Считает себя больной второй месяц. Обращалась к терапевту. Были выполнены анализы на дизентерийную флору, результаты дважды отрицательные. Была сделана ректороманоскопия и обнаружена бугристая опухоль в 6 см от сфинктера, занимающая более полуокружности кишки.

Задания:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите круг заболеваний, протекающих с подобной клинической картиной. Проведите дифференциальный диагноз (УК-1, ПК-1).
3. Назовите рекомендации пациенту по укреплению здоровья (ПК-9).

### Задача 7

На прием к онкологу в ЦРБ обратился больной М. 65 лет с жалобами на постоянные боли в эпигастрии, потерю аппетита, похудание, слабость. За месяц похудел на 8 кг. Периодически – подъемы температуры тела в пределах субфебрильных цифр. Из анамнеза известно, что работает водителем автобуса более 40 лет. У отца был рак желудка.

Общее состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы, видимые слизистые бледные. Вес 52 кг. Рост 171 см. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление 130/70 мм рт. ст. При осмотре слева в надключичной области обнаружен плотный, безболезненный, бугристый узел. В легких – дыхание везикулярное. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастриальной области. Печень и селезенка не увеличены.

Задания:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите круг заболеваний, протекающих с подобной клинической картиной. Проведите дифференциальный диагноз (УК-1, ПК-1).
3. Назовите рекомендации пациенту по укреплению здоровья (ПК-9).

### Задача 8

Больной Ю.И., 45 лет, обратился к врачу по месту жительства с жалобами на наличие язвы в области боковой поверхности языка слева.

Из анамнеза удалось выяснить, что больной злоупотребляет алкоголем, курит, ведет беспорядочную половую жизнь. Образование отмечает в течение месяца.

Общее состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Подмышечные и паховые лимфатические узлы не увеличены. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление 180/110 мм рт.ст. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень увеличена в размерах, плотная, безболезненная.

На левой боковой поверхности языка в средней трети имеется образование в виде язвы, размером 2,0 x 1,5 см, покрытое серым налетом, с плотными краями, умеренно болезненное, при пальпации кровоточит. В подчелюстных областях с двух сторон определяются увеличенные до 2,0 см лимфатические узлы, плотные безболезненные.

Задания:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите круг заболеваний, протекающих с подобной клинической картиной. Проведите дифференциальный диагноз (УК-1, ПК-1).
3. Назовите рекомендации пациенту по укреплению здоровья (ПК-9).

### Задача 9

Больная Ю., 40 лет, в течение 10 лет наблюдалась у эндокринолога по поводу узлового образования щитовидной железы. За последние два месяца стала отмечать увеличение лимфатических узлов на шее слева.

Общее состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Пульс 80 ударов в одну минуту, ритмичный. Артериальное давление 110/70 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена.

При пальпации щитовидной железы в левой доле определяется узловое образование диаметром 2 см, плотной консистенции, с нечеткими контурами, смещается при глотании, безболезненное. В надключичной области слева пальпируются два лимфатических узла диаметром 1,5 и 2,0 см, соответственно, плотной консистенции, безболезненные.

Задания:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите круг заболеваний, протекающих с подобной клинической картиной. Проведите дифференциальный диагноз (УК-1, ПК-1).
3. Назовите рекомендации пациенту по укреплению здоровья (ПК-9).

### Задача 10

Больной А. 58 лет, автослесарь 40 лет, курит 45 лет. Отец умер от рака легкого. Жалобы на кашель с прожилками крови в мокроте, боли в правом боку, одышку. Похудел за 3 месяца на 8 кг.

Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, при перкуссии грудной клетки определяется притупление перкуторного звука справа сзади от 4 ребра вниз; аускультативно: ослабленное дыхание справа в нижних отделах.

Общее состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Пульс 80 ударов в одну минуту, ритмичный. Артериальное давление 110/70 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена.

Задания:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите круг заболеваний, протекающих с подобной клинической картиной. Проведите дифференциальный диагноз (УК-1, ПК-1).
3. Назовите рекомендации пациенту по укреплению здоровья (ПК-9).

**Министерство здравоохранения Российской Федерации**

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ивановская государственная медицинская академия»  
Институт последипломного образования**

**Приложение № 1**

**к рабочей программе дисциплины**

**Оценочные средства и методические материалы  
для проведения промежуточной аттестации по дисциплине  
«Основы радиационной безопасности»**

Уровень высшего образования:	подготовка медицинских кадров высшей квалификации
Квалификация выпускника:	врач – психиатр-нарколог
Направление подготовки:	<i>31.08.21 Психиатрия-наркология</i>
Тип образовательной программы:	Программа ординатуры
Форма обучения:	очная
Срок освоения образовательной программы:	2 года
Код дисциплины:	Б1.В.ОД.4

## 1. Паспорт ОС по дисциплине «Основы радиационной безопасности»

### 1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	2 год обучения
ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	2 год обучения
ПК-7	Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	2 год обучения

### 1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
1.	УК-1	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- основы логики</li> <li>- философские диалектические принципы</li> <li>- методологию диагноза</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- осуществлять информационный поиск по необходимым вопросам с использованием современных компьютерных систем</li> </ul> <p><b>Владеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- логическим мышлением</li> <li>- способностью к анализу и синтезу</li> </ul>	Комплекты: 1. Тестовых заданий; 2. Ситуационных задач.	Зачет  2 год обучения
2.	ПК-1	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- основы профилактики заболеваний при воздействии ионизирующего излучения</li> <li>- принципы и методы формирования здорового образа жизни</li> <li>- современные методы профилактики и диетотерапии заболеваний</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p>		

		- составить план профилактических мероприятий по защите от излучения <b>Владеет:</b> - адекватной этиотропной и патогенетической профилактикой лучевой болезни		
3.	ПК-7	<b>Знает:</b> - симптомы патологических процессов, возникающих при воздействии радиационного излучения <b>Умеет:</b> - составить план мероприятий по защите от радиационного излучения <b>Владеет:</b> - навыками использования медицинских средств индивидуальной защиты		

## 2. Оценочные средства

### 2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий

#### 2.1.1. Содержание.

С помощью тестовых заданий оцениваются теоретические знания по дисциплине.

#### 2.1.2. Критерии и шкала оценки

Тестирование проводится на последнем занятии дисциплины и является допуском к промежуточной аттестации. Тестовый контроль оценивается отметками «зачтено», «не зачтено».

Отметка «зачтено» на этапе тестирования выставляется, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. Ординатор проходит тестирование до получения отметки «зачтено».

### 2.2. Оценочное средство: ситуационные задачи

#### 2.2.1. Содержание.

С помощью ситуационных задач оцениваются теоретические знания и умения по дисциплине.

#### 2.2.2. Критерии и шкала оценки

Теоретические знания и практические навыки оцениваются отметками «зачтено» и «не зачтено».

Компетенция	«зачтено»	«не зачтено»
УК-1	<b>Умеет:</b> абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы <b>Владеет:</b> абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы	<b>Умеет</b> <u>Не способен</u> - абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы
ПК-1	<b>Умеет:</b> осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование	<b>Умеет</b> <u>Не способен</u> осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование

	<p>здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p> <p><b>Владеет:</b> осуществляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>	<p>здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>
ПК-7	<p><b>Умеет:</b> оказывать медицинскую помощь при чрезвычайных ситуациях</p> <p><b>Владеет:</b> оказывает медицинскую помощь при чрезвычайных ситуациях</p>	<p><b>Умеет:</b> <u>не способен оказывать медицинскую помощь при чрезвычайных ситуациях</u></p>

### 2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания.

Собеседование по ситуационным задачам проводится во время промежуточной аттестации.

### 3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине

До зачета по модулю дисциплины допускаются ординаторы, получившие отметку «зачтено» за выполнение тестовых заданий.

Обучающийся получает отметку «зачтено», если за оба этапа поставлены отметки «зачтено».

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ**  
**Контролируемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-7**

001. В результате аварии на ЧАЭС воздействию радиоактивного йода подверглись следующие контингенты
- а) все ликвидаторы аварии
  - б) ликвидаторы и население, находившиеся в зоне радиоактивного загрязнения в первые два месяца после аварии
  - в) ликвидаторы 1987-1990 гг.
  - г) дети, родившиеся в зоне радиоактивного загрязнения после 1987 г
002. В 1986 г наиболее высокие дозы облучения щитовидной железы чаще всего встречались у следующих контингентов
- а) дошкольники
  - б) школьники
  - в) подростки
  - г) взрослое население
  - д) ликвидаторы
003. При острой лучевой болезни клинические изменения обязательно имеют место в следующей системе
- а) центральной нервной системе
  - б) сердечно-сосудистой системе
  - в) системе органов кроветворения
  - г) пищеварительной системе
  - д) иммунной системе
004. Клиническим симптомом, наиболее рано возникающим при острой лучевой болезни, является
- а) тошнота и рвота
  - б) лейкопения
  - в) эритема кожи
  - г) выпадение волос
  - д) жидкий стул
005. Пороговая доза для развития острой лучевой болезни составляет
- а) 0.5 Гр
  - б) 1 Гр
  - в) 2 Гр
  - г) 3 Гр
  - д) 4 Гр
006. Наиболее ранними изменениями клинического анализа крови при острой лучевой болезни является уменьшение содержания следующих элементов
- а) эритроцитов
  - б) лейкоцитов
  - в) нейтрофилов
  - г) лимфоцитов
  - д) тромбоцитов

007. Минимальная доза излучения, вызывающая развитие хронической лучевой болезни, составляет
- а) 1.5 Гр
  - б) 1 Гр
  - в) 0.5 Гр
  - г) 0.1 Гр
  - д) любая
008. Минимальная доза излучения, вызывающая выпадение волос у человека, составляет
- а) 0.25 Гр
  - б) 0.5 Гр
  - в) 1 Гр
  - г) 1.5 Гр
  - д) 2 Гр
009. Единица активности
- а) Рентген
  - б) Грей
  - в) Беккерель
  - г) Рад
  - д) Зиверт
010. Назначение медикаментозных препаратов, ускоряющих выведение радионуклидов из организма, показано
- а) лицам, проживающим на территориях с уровнем загрязнения по цезию более  $40 \text{ Ки/км}^2$
  - б) лицам, содержащим в организме активность более допустимого содержания по Нормам радиационной безопасности
  - в) детям, проживающим на загрязненных территориях
  - г) беременным женщинам, проживающим на загрязненных территориях
011. В настоящее время наибольшее содержание цезия в организме встречается у следующих контингентов
- а) детей
  - б) подростков
  - в) взрослых
  - г) пенсионеров
  - д) беременных женщин
012. Из перечисленных радионуклидов в настоящее время в организме людей, проживающих в зоне радиоактивного загрязнения, не встречается
- а) йод
  - б) цезий
  - в) стронций
  - г) плутоний
  - д) радий
013. "Малыми" принято называть дозы
- а) не вызывающие лучевой болезни
  - б) не вызывающие хромосомных повреждений
  - в) не вызывающие генных поломок

- г) не вызывающие специфических изменений в отдельном организме, а вызывающие статически выявленные изменения в состоянии здоровья группы
  - д) меньшие, чем допустимые дозы облучения
014. После облучения мужских гонад наиболее характерными изменениями являются
- а) нарушение половой потенции
  - б) гипоспермия
  - в) водянка яичка
  - г) наследственные болезни у детей
  - д) снижение в крови тестостерона
015. Единица поглощенной дозы
- а) Грей
  - б) Зиверт
  - в) Рентген
  - г) Кюри
  - д) Бэр
016. Лимфопения, выявленная у больного в течение первых суток, обусловлена
- а) локальным внешним облучением конечности
  - б) поступлением внутрь радионуклидов
  - в) внешним облучением туловища в дозе менее 0.5 Гр
  - г) внешним облучением туловища в дозе более 1 Гр
  - д) заболеванием, не связанным с облучением
017. Мероприятием, которое нужно проводить по предупреждению медицинского облучения плода на начальных сроках беременности, является
- а) производить рентгеновские исследования в первые 10 дней менструального цикла
  - б) производить рентгеновские исследования во второй половине менструального цикла
  - в) не использовать флюорографию у женщин детородного возраста
  - г) перед рентгеновским исследованием направить женщину на осмотр к гинекологу
018. Прерывание беременности по медицинским показаниям можно рекомендовать женщине, подвергшейся облучению, в следующем случае
- а) при поглощенной дозе на плод более 0.1 Гр
  - б) при поглощенной дозе на плод более 0.5 Гр
  - в) при поглощенной дозе на плод более 1 Гр
  - г) при облучении в дозе, превышающей допустимый уровень по Нормам радиационной безопасности
019. Число случаев острой лучевой болезни в настоящее время во всем мире составляет
- а) несколько десятков
  - б) несколько сотен
  - в) несколько тысяч

- г) несколько миллионов
020. Опасность, которую может представлять больной после внешнего  $\alpha$ -облучения для медицинского персонала
- от тела больного исходит  $\alpha$ -излучение
  - больной выделяет с мочой радионуклиды
  - никакую
021. Мероприятие по оказанию первичной помощи пострадавшему, находящемуся в тяжелом состоянии, - это
- дезактивация кожи
  - прием радиопротектора
  - реанимационные мероприятия
  - гемосорбция
  - купирование рвоты
022. Степень тяжести лучевого поражения определяется
- содержанием радионуклидов на месте облучения
  - количеством "горячих" частиц в легких
  - количеством радионуклидов в организме
  - степенью угнетения кроветворения
023. Инфекционные осложнения у больных острой лучевой болезнью вероятны при следующем уровне нейтрофилов в крови
- менее 3000 в мкл
  - менее 1000 в мкл
  - менее нормы
  - менее 500 в мкл
  - менее 100 в мкл
024. Кровоточивость возникает при содержании тромбоцитов в крови
- менее 150 тыс в мкл
  - менее 100 тыс в мкл
  - менее 50 тыс в мкл
  - менее 40 тыс в мкл
  - менее 10 тыс в мкл
025. Число случаев хронической лучевой болезни у работников предприятий атомной промышленности и энергетики составляет
- до 10 случаев в год
  - несколько
  - менее 100 случаев в год
  - менее 1000 случаев в год
  - 20-30 случаев в год
026. Шахтеры урановых шахт получают наибольшую дозу
- на костный мозг
  - на печень
  - на легкие
  - на желудок
  - на щитовидную железу

027. Предпочтительным донором костного мозга для лечения больного острой лучевой болезнью являются
- а) родители больного
  - б) родные братья или сестры
  - в) дети больного
  - г) другие члены семьи
028. Первое место среди причин смерти ликвидаторов аварии на ЧАЭС занимают
- а) сердечно-сосудистые заболевания
  - б) онкологические заболевания
  - в) травмы и отравления
029. Первое место среди причин смерти у населения, проживающего на загрязненной территории, занимают
- а) сердечно-сосудистые заболевания
  - б) онкологические заболевания
  - в) травмы и отравления
030. Нижеперечисленные злокачественные новообразования, наиболее вероятные для лиц, подвергшихся облучению в результате аварии на ЧАЭС
- а) рак желудка
  - б) рак легкого
  - в) лейкозы
  - г) рак щитовидной железы
  - д) рак молочной железы
031. Наибольший вклад в риск (вероятность) развития злокачественных новообразований у населения, проживающего на загрязненных территориях, вносят
- а) сельскохозяйственные работы без средств индивидуальной защиты
  - б) употребление алкоголя
  - в) курение
  - г) употребление продуктов местного производства
  - д) пребывание в лесах в зоне радиационного контроля
032. Медикаментозное лечение при острой лучевой болезни не показано
- а) при дозах облучения менее 3 Гр
  - б) больным, у которых не было первичной реакции
  - в) больным с легкой степенью болезни
  - г) больным, получившим летальные дозы облучения
033. Главный принцип выбора санатория для лечения ликвидаторов и населения, проживающего в зонах аварии, - это
- а) направление в санаторий, специализирующиеся на лечении лучевой патологии
  - б) направление на лечение в связи с имеющимися общесоматическими заболеваниями
  - в) не направлять в санаторий в летний период
  - г) не направлять в санаторий,

если полученная доза превышает допустимые уровни

034. Особенности клинического течения общесоматических заболеваний у человека, ранее подвергнутого облучению в малых дозах
- никаких
  - утяжеление клинического течения
  - большой процент выхода на инвалидность по общему заболеванию
  - переход острых форм в хронические
  - устойчивость к обычной терапии

## СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

### №1.

Мужчина 34 лет, через сутки после возвращения из командировки, во время которой принимал участие в ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС обратился к участковому врачу с жалобами на угнетенное состояние, головную боль, головокружение, тошноту, повторную рвоту, понос с примесью крови.

При осмотре выявлена небольшая отечность подкожной клетчатки, бледность кожных покровов. Со стороны нервной системы отмечались менингеальные явления: незначительная ригидность затылка, с. Кернига, патологические рефлексы Бабинского, Россолимо, Гордона, общая гиперестезия кожи. Вялость, сонливость, адинамия, тремор рук, потливость конечностей, озноб.

Задания:

- Поставьте диагноз (УК-1, ПК-1).
- Составьте алгоритм оказания помощи пострадавшему (ПК-7).

### № 2

Мужчина 37 лет, через 3 недели после возвращения из командировки во время которой принимал участие в ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС обратился к участковому врачу с жалобами на головные боли, расстройство сна, головокружение, тошноту, рвоту, боли в животе, поносы с кровью, внезапно возникшее облысение, нарастающую общую слабость, кровоточивость.

Объективно: кожа суха, шелушится, кожных сыпей и кровоизлияний различной величины ж формы, на кистях рук эритема с образованием пузырей. Гнойничковое поражение кожи, температура тела 38,7 С. Некротическая ангина, гингивит, стоматит. Пульс 110 в минуту, АД=90/60 мм.рт.ст., частота дыхания 28 в 1 минуту, расширение границ сердца, систолический шум на верхушке.

Задания:

- Поставьте диагноз (УК-1, ПК-1).
- Составьте алгоритм оказания помощи пострадавшему (ПК-7).

### № 3

В результате повреждения контейнера одного из блоков реактора АЭС произошла утечка радиоактивных продуктов. В зоне повышенной радиоактивности оказались три человека. Ориентировочно они получили 300 Р. Их доставили в клинику.

- Возникновение какой болезни можно ожидать у пострадавших?
- Какое облучение (внешнее или внутреннее) ионизирующими лучами может быть причиной данной болезни?
- Назовите стадии данной болезни
- Какой исход болезни можно ожидать у пациентов при данной дозе облучения?

Задания:

- Поставьте диагноз (УК-1, ПК-1).
- Составьте алгоритм оказания помощи пострадавшему (ПК-7).

#### №4

Исследователь С. во время аварии на АЭС находился в 10-км зоне. Спустя сутки после аварии: количество эритроцитов  $4,5 \cdot 10^{12}/л$ , гемоглобин 155 г/л, ЦП = 1,1, ретикулоциты 4%о, лейкоциты  $12,5 \cdot 10^9/л$ .

Лейкоцитарная формула: Э-, Б-, М-, Ю- 3, П- 7, С- 70, Л-15, М-5, тромбоциты  $200 \cdot 9/л$

- 1) Имеются ли изменения крови, характерные для лучевой болезни?
- 2) О какой клинической форме лучевой болезни может идти речь?
- 3) Какой период лучевой болезни наблюдается у больного?
- 4) Чем объясняются увеличение количества лейкоцитов и изменения в лейкоцитарной формуле в данный период болезни?

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-1).
2. Составьте алгоритм оказания помощи пострадавшему (ПК-7).

#### №5

Спустя 8 дней после аварии на АЭС у больной, эвакуированной из 30-км зоны, при анализе крови обнаружено: эритроциты- $4 \cdot 10^{12}/л$ , гемоглобин-160 г/л, ЦП – 1, ретикулоциты-1%о, лейкоциты- $3,48 \cdot 10^9/л$ . Лейкоцитарная формула: Э-, Б-, М-, Ю-, П- 10, С- 64, Л- 18, Мон- 7.

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-1).
2. Составьте алгоритм оказания помощи пострадавшему (ПК-7).

#### №6

В результате повреждения одного из блоков реактора АЭС произошла сильная утечка радиоактивных веществ. В зоне повышенной радиоактивности оказались два человека. Ориентировочно они получили 800 Р. Их доставили в клинику.

- 1) Как называется болезнь, которая возникла у пострадавших?

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-1).
2. Составьте алгоритм оказания помощи пострадавшему (ПК-7).

#### № 7

Пострадавший Л. доставлен на сортировочную площадку МПП через 3,5 часа после ядерного взрыва. Жалуется на резкую слабость, головную боль, боли в животе, рвоту, жидкий стул.

Перечисленные симптомы появились через несколько минут после воздействия радиации.

При осмотре вял, апатичен, выраженная гиперемия лица и слизистых оболочек, язык сухой, обложен серовато-белым налетом.

Пульс 100 ударов в 1 мин, ритмичный, слабого наполнения, тоны сердца ослаблены, АД 90/70 мм рт.ст. Число дыханий 22 в 1 мин, дыхание везикулярное. Живот мягкий, умеренно вздут, болезненный при пальпации в эпигастральной области и вокруг пупка. Температура тела  $38,7^{\circ}C$ , показания индивидуального дозиметра 12,8 Гр.

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-1).
2. Составьте алгоритм оказания помощи пострадавшему (ПК-7).

#### № 8

Пострадавший М. доставлен на МПП через 2 часа после ядерного взрыва. Жалуется на головную боль, боли в животе, мышцах и суставах, озноб, тошноту, рвоту, жидкий стул. Все симптомы появились через 5-7 минут после облучения. Индивидуальный дозиметр отсутствует.

При осмотре заторможен, адинамичен, кожа и слизистые гиперемированы, склеры иктеричны, язык сухой. Пульс 98 ударов в 1 мин, слабого наполнения, определяются единичные экстрасистолы,

тоны сердца глухие, АД 100/70 мм рт.ст., дыхание везикулярное, живот болезненный при пальпации, температура тела 39,2<sup>0</sup>С.

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-1).
2. Составьте алгоритм оказания помощи пострадавшему (ПК-7).

### **№ 9**

Рядовой Ч. находился в очаге ядерного взрыва. Через 5 минут после взрыва появилась общая слабость, тошнота, неукротимая рвота. Доставлен на МПП.

При осмотре: индивидуальный дозиметр отсутствует. Состояние средней тяжести. Вял, гиподинамичен, выраженная гиперемия лица и инъекция склер, частые позывы на рвоту, пульс 120 в 1 мин., АД 90/50 мм рт. ст., температура тела 39,5<sup>0</sup>

Задания:

1. Поставьте диагноз (УК-1, ПК-1).
2. Составьте алгоритм оказания помощи пострадавшему (ПК-7).

**Министерство здравоохранения Российской Федерации**  
**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего**  
**образования**  
**«Ивановская государственная медицинская академия»**  
**Институт последипломного образования**

**Приложение № 1**  
**к рабочей программе дисциплины**

**Оценочные средства и методические материалы**  
**для проведения промежуточной аттестации по дисциплине «Инфекционные**  
**болезни»**

Уровень высшего образования:	подготовка медицинских кадров высшей квалификации
Квалификация выпускника:	врач – психиатр-нарколог
Направление подготовки:	31.08.21 Психиатрия-наркология
Тип образовательной программы:	Программа ординатуры
Форма обучения:	очная
Срок освоения образовательной программы:	2 года
Код дисциплины:	Б1.В.ОД.5

## 1. Паспорт ОС по дисциплине «Инфекционные болезни»

### 1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	2 год обучения
УК-2	готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	2 год обучения
ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	2 год обучения
ПК-3	готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	2 год обучения
ПК-4	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	2 год обучения
ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	2 год обучения
ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов с психическими и поведенческими расстройствами, обусловленными употреблением психоактивных веществ	2 год обучения
ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	2 год обучения

### 1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его

				проведения
1.	УК-1	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- основы логики</li> <li>- философские диалектические принципы</li> <li>- методологию диагноза</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- правильно (адекватно) использовать нормативные документы здравоохранения, включающие законы, приказы, решения, распоряжения и международные стандарты</li> </ul> <p><b>Владеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- логическим мышлением</li> <li>- способностью к анализу и синтезу</li> </ul>	Комплекты: 1. Тестовых заданий; 2. Ситуационных задач.	Зачет  2 год обучения
2.	УК-2	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- культурные особенности этнических меньшинств</li> <li>- особенности управления коллективом</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- организовывать лечебно-диагностическую работу инфекционным больным</li> </ul> <p><b>Владеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- толерантностью восприятия социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий</li> </ul>		
3.	ПК-1	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- основы профилактики инфекционных болезней</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- составить план профилактических мероприятий</li> </ul> <p><b>Владеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- навыками адекватной этиотропной и патогенетической профилактики инфекционных заболеваний</li> </ul>		
4.	ПК-3	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- основы организации и проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий в чрезвычайных ситуациях</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- проводить санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия в очагах распространения ООИ</li> </ul> <p><b>Владеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- методами оценки медико-тактической характеристики очагов поражения</li> </ul>		
5.	ПК-4	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- показатели здоровья населения, показатели влияющие на изменение эпидситуации в регионе</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>проводить сбор, обработку первичной учетной документации, составлять и анализировать соответствующие отчетные формы по результату работы учреждений здравоохранения</li> </ul> <p><b>Владеет:</b></p>		

		Методиками статистического анализа полученного материала.		
6.	ПК-5	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- современные методики диагностики инфекционных заболеваний, включающую общеклинические методы, лабораторную, лучевую, серологическую и генетическую диагностику</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- формулировать развернутый клинический диагноз</li> </ul> <p><b>Владеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- оптимальными и индивидуальными алгоритмами (методами) дифференцированной диагностики инфекционных больных с учетом основного заболевания, сопутствующих заболеваний, возрастных особенностей и при беременности</li> </ul>		
7.	ПК-6	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- основы лекарственной терапии инфекционных больных</li> <li>- технологии ведения пациентов с инфекционными болезнями</li> <li>- знать основные стандарты оказания помощи по профилю специальности</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- назначить лечение в соответствии с поставленным клиническим диагнозом</li> </ul> <p><b>Владеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- методиками оказания экстренной врачебной помощи при неотложных состояниях в инфекционной практике</li> </ul>		
11.	ПК-9	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- правила формирования мотивации пациентов и членов их семей, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- проводить санитарно-просветительную работу среди больных и населения</li> </ul> <p><b>Владеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- методикой комплексной профилактики, диагностики, проведения противоэпидемических и лечебных мер</li> </ul>		

## 2. Оценочные средства

### 2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий

#### 2.1.1. Содержание.

С помощью тестовых заданий оцениваются теоретические знания по дисциплине.

### 2.1.2. Критерии и шкала оценки

Тестирование проводится на последнем занятии дисциплины и является допуском к промежуточной аттестации. Тестовый контроль оценивается отметками «зачтено», «не зачтено».

Отметка «зачтено» на этапе тестирования выставляется, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. Ординатор проходит тестирование до получения отметки «зачтено».

## 2.2. Оценочное средство: ситуационные задачи

### 2.2.1. Содержание.

С помощью ситуационных задач оцениваются теоретические знания и умения по дисциплине.

### 2.2.2. Критерии и шкала оценки

Теоретические знания и практические навыки оцениваются отметками «зачтено» и «не зачтено».

Компетенция	«зачтено»	«не зачтено»
УК-1	<b>Умеет:</b> абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы <b>Владеет:</b> абстрактно мыслит, анализирует и делает выводы	<b>Умеет</b> <u>Не способен</u> - абстрактно мыслить, анализировать и делать выводы
УК-2	<b>Умеет:</b> управлять коллективом, толерантно воспринимает социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия <b>Владеет:</b> управляет коллективом, толерантно воспринимает социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	<b>Умеет</b> <u>Не способен</u> управлять коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.
ПК-1	<b>Умеет:</b> осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания <b>Владеет:</b> осуществляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и	<b>Умеет</b> <u>Не способен</u> осуществлять комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания

	укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	
ПК-3	<b>Умеет:</b> проводить санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия в очагах распространения ООИ <b>Владеет:</b> методами оценки медико-тактической характеристики очагов поражения	<b>Умеет:</b> не способен проводить санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия в очагах распространения ООИ
ПК-4	<b>Умеет:</b> проводить сбор, обработку первичной учетной документации, составлять и анализировать соответствующие отчетные формы по результату работы учреждений здравоохранения <b>Владеет:</b> уверенно, правильно и самостоятельно пользуется методиками статистического анализа полученного материала.	<b>Умеет:</b> не способен проводить сбор, обработку первичной учетной документации, составлять и анализировать соответствующие отчетные формы по результату работы учреждений здравоохранения
ПК-5	<b>Умеет:</b> определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем <b>Владеет:</b> определяет у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	<b>Умеет</b> <u>Не способен</u> определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.
ПК-6	<b>Умеет:</b> вести и лечить пациентов с психическими и поведенческими расстройствами, обусловленными употреблением психоактивных веществ <b>Владеет:</b> ведет и лечит пациентов с психическими и поведенческими	<b>Умеет:</b> <u>Не способен к</u> ведению и лечению пациентов с психическими и поведенческими расстройствами, обусловленными употреблением психоактивных веществ

	расстройствами, обусловленными употреблением психоактивных веществ	
ПК-9	<p><b>Умеет:</b> проводить санитарно-просветительную работу среди больных и населения</p> <p><b>Владеет:</b> методикой комплексной профилактики, диагностики, проведения противоэпидемических и лечебные мероприятий</p>	<p><b>Умеет</b> не способен провести санитарно-просветительную работу среди больных и населения</p>

### 2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания.

Собеседование по ситуационным задачам проводится во время промежуточной аттестации.

### 3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине

До зачета по модулю дисциплины допускаются ординаторы, получившие отметку «зачтено» за выполнение тестовых заданий.

Обучающийся получает отметку «зачтено», если за оба этапа поставлены отметки «зачтено».

## ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

**Контролируемые компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-9**

01. ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЬНЫМ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:

- а) общую лечебную сеть, представленную главным образом терапевтами и педиатрами
- б) инфекционную службу в лице врачей-инфекционистов КИЗов поликлиник
- в) инфекционную службу, представленную городскими и областными инфекционными больницами, а также стационарами при некоторых научно-исследовательских институтах
- г) все выше перечисленное

02. НОРМАТИВНЫЙ ДОКУМЕНТ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛЫМ БОЛЬНЫМ ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ:

- а) федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30.03.99 №52-ФЗ.
- б) приказ МЗ и соцразвития РФ от 31.01.2012г №69н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослым больным при инфекционных заболеваниях»
- в) приказ МЗ РФ от 17.09.93г № 220 «О мерах по развитию и совершенствованию инфекционной службы в РФ»
- г) приказ МЗ СССР от 04.08.83г «Об утверждении инструкции по санитарно-противоэпидемическому режиму и охране труда персонала инфекционных больниц»

03. ТРАНСПЛАЦЕНТАРНО ОТ МАТЕРИ ПЛОДУ МОГУТ ПЕРЕДАВАТЬСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ИНФЕКЦИИ:

- А) вирусный гепатит В
- Б) ВИЧ-инфекция
- В) краснуха
- Г) герпетическая инфекция

04. ОБСЛЕДОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА НА НОСИТЕЛЬСТВО ЗОЛОТИСТОГО СТАФИЛОКОККА ПРОВОДЯТ:

- А) плановое
- Б) по эпидемиологическим показаниям
- В) при любом заболевании медицинского работника
- Г) только у младшего медицинского персонала

05. ЗАНОС ИНФЕКЦИИ – ЭТО:

- А) случаи инфекционных заболеваний, возникшие до поступления в ЛПУ и проявившиеся или выявленные при поступлении (после поступления)
- Б) заболевание, с которым поступает больной в любое отделение ЛПУ

06. ГОСПИТАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ – ЭТО:

- А) внутрибольничные инфекции
- Б) занос инфекции
- В) любые инфекционные заболевания, приобретенные или проявившиеся в условиях стационара (сумма заносов и внутрибольничных инфекций)

07. ПРИЧИНЫ РОСТА ИСМП:

- А) снижение иммунитета у населения
- Б) нерациональное применение антибиотиков
- В) недостаточный контроль санитарно-противоэпидемического режима

- Г) увеличение инструментальных манипуляций и обследований
- Д) сложность дезинфекции и стерилизации медицинской аппаратуры.

08. РАСПРОСТРАНЕНИЮ ИСМП СПОСОБСТВУЮТ:

- А) формирование госпитальных штаммов
- Б) снижение иммунитета у населения
- В) слабая материально-техническая база ЛПУ
- Г) хорошее снабжение лекарствами
- Д) инвазивные лечебные и диагностические процедуры
- Е) низкая асептическая дисциплина персонала.

09. НАИБОЛЕЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМ КАК ИСТОЧНИК ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ БОЛЬНОЙ:

- А. В инкубационном периоде заболевания
- Б. В острую фазу ВИЧ - инфекцией
- В. В стадии хронической персистирующей лимфаденопатии
- Г. В стадии оппортунистических инфекций
- Д. В латентной фазе

10. ХАРАКТЕРНЫЕ СВОЙСТВА ГОСПИТАЛЬНЫХ ШТАММОВ МИКРООРГАНИЗМОВ:

- А) способность вызывать связанные случаи заболеваний
- Б) устойчивость к используемым дезинфектантам
- В) повышенная вирулентность
- Г) устойчивость к широкому спектру антибиотиков
- Д) способность выживать во внешней среде отделения

11. ПОКАЗАТЕЛЕМ ВСПЫШКИ ИСМП ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) сезонность и периодичность
- Б) количество заболевших
- В) тяжесть заболевания
- Г) эндемичность болезни

12. ИСТОЧНИКОМ ИСМП В ЛПУ МОГУТ БЫТЬ:

- А) пациенты (больные или носители)
- Б) контаминированная больничная среда (предметы, поверхности)
- В) медицинский персонал (больные или носители)

13. САМОЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИ ГРИППОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ:

1. Миокардит
2. Пневмония
3. С-д Гийена-Барре
4. Синуситы

14. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ГРИППА:

1. абдоминальный синдром
2. высокая лихорадка с первого дня болезни
3. ангина
4. интоксикация
5. бронхолит

15. САМОЕ ЧАСТОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИ ПАРАГРИППЕ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ:

1. снижение слуха
2. полираликулоневриты

3. пиелонефрит
4. ларингит
5. носовое кровотечение

16. САМЫМ ЭФФЕКТИВНЫМ СПОСОБОМ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. химиопрофилактика
2. соблюдение противоэпидемических мероприятий
3. вакцинопрофилактика
4. ограничение контактов с инфекционными больными

17. ОСНОВНЫМИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ РОТАВИРУСНОГО ГАСТРОЭНТЕРИТА ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

1. высококонтагиозное заболевания
2. часто возникают эпидемические вспышки
3. путь передачи фекально-оральный
4. путь передачи капельный
5. количество случаев заболевания возрастает в зимние месяцы

18. РАЗМНОЖЕНИЕ РОТАВИРУСОВ ПРОИСХОДИТ В ОСНОВНОМ В КЛЕТКАХ ЭПИТЕЛИЯ:

1. желудка
2. тонкой кишки
3. толстой кишки
4. верхних дыхательных путей
5. мочевых путей

19. МЕХАНИЗМ ДИАРЕЙНОГО СИНДРОМА ПРИ РОТАВИРУСНОМ ГАСТРОЭНТЕРИТЕ ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

1. нарушения всасывания жидкости в тонкой кишке
2. недостаточного синтеза ферментов, расщепляющих дисахариды
3. накопления нерасщепленных дисахаридов и повышения осмотического давления в толстой кишке
4. перераспределения жидкости из тканей организма в просвет толстой кишки
5. усиления перистальтики вследствие воспаления слизистой кишки

20. ОСНОВНОЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ ПРИ РОТАВИРУСНОМ ГАСТРОЭНТЕРИТЕ:

1. клиническая картина заболевания
2. эпидемиологические данные
3. лабораторное подтверждение этиологии гастроэнтерита
4. исключение гастроэнтеритов другой этиологии

21. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГРИППА И ОРВИ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

- а) все из перечисленного,
- б) виферон при интраназальном применении,
- в) арбидол,
- г) амиксин,
- д) человеческий лейкоцитарный интерферон.

22. ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ:

- а) все перечисленные;

- б) половой;
- в) вертикальный;
- г) воздушно-капельный?

23. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ ТИПИЧНОМ ТЕЧЕНИИ ШИГЕЛЛЕЗОВ ПОРАЖАЮТСЯ:

- а) тонкая кишка
- б) терминальные отделы тонкой кишки и слепая кишка
- в) правые отделы толстой кишки
- г) сигмовидная и прямая кишка

24. РЕЗУЛЬТАТЫ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ НА КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ ЗАВИСЯТ ОТ:

- а) срока взятия материала для бактериологического исследования
- б) качества питательных сред
- в) применения антибиотиков до начала исследования
- в) все выше перечисленное

25. БОЛЬНОЙ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОМ ВЫДЕЛЯЕТ ВОЗБУДИТЕЛЯ В ОКРУЖАЮЩУЮ СРЕДУ С:

- А. испражнениями;
- Б. слюной;
- В. слезами;
- Г. потом;
- Д. мочой.

26. МЕХАНИЗМОМ ПЕРЕДАЧИ ВОЗБУДИТЕЛЯ ПРИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А. трансмиссивный;
- Б. фекально-оральный;
- В. аспирационный;
- Г. перкутанный;
- Д. вертикальный.

27. ВЕДУЩИМ СИНДРОМОМ ПРИ ОСТРЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А. цитолиз
- Б. холестаз
- В. мезенхимально-воспалительный
- Г. ДВС-синдром
- Д. жировая инфильтрация

28. ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ В ПРЕДЖЕЛТУШНОМ ПЕРИОДЕ:

- А. возможна диспепсия
- Б. увеличивается печень
- В. отсутствуют симптомы, свидетельствующие о поражении печени
- Г. моча в последние дни становится темной
- Д. повышается активность сывороточных ферментов

29. В ЖЕЛТУШНОМ ПЕРИОДЕ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА НЕ ХАРАКТЕРЕН СИМПТОМ:

- А. снижение аппетита
- Б. астенический синдром
- В. сильные боли в правом подреберье
- Г. гепатомегалия

Д. ахолия кала

30. МАНИФЕСТАЦИЯ ПОРАЖЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОГО ТРАКТА ПРИ ВИЧ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- А. Бактериальной непрерывно рецидивирующей пневмонией
- Б. Поражением лёгких микобактериальной инфекцией
- В. Лимфоидной интерстициальной пневмонией
- Г. Непрерывно прогрессирующей пневмоцистной пневмонией
- Д. Верно всё

31. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ ОСТРОЙ ВИЧ – ИНФЕКЦИИ ОТМЕЧАЮТСЯ КЛИНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ:

- А. Мононуклеозоподобный и гриппоподобный
- Б. Гастроэнтерит и серозный менингит
- В. Поражение нижних отделов респираторного тракта (интерстициальная пневмония) и поражение кожи
- Г. Энцефалопатия и миелопатия
- Д. Нефропатия, кардиопатия

32. В РЕЗУЛЬТАТЕ ИСКУССТВЕННОГО ОСЕМЕНЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СПЕРМЫ ОТ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОГО ПАЦИЕНТА ВОЗМОЖНОСТЬ ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ ОТСУТСТВУЕТ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ:

- А. свежей спермы
- Б. замороженной спермы
- В. прогретой спермы
- Г. обработанной УФО спермы
- Д. Утверждение ложно во всех перечисленных случаях

33. ДЛЯ СКАРЛАТИНЫ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ:

- 1. острое начало, лихорадка, интоксикация
- 2. озноб, головная боль, боль в горле, тонзиллит
- 3. точечная сыпь на гиперемизированном фоне кожи со сгущением в естественных складках
- 4. шелушение кожи после угасания сыпи
- 5. все перечисленные

34. КОКЛЮШЕМ БОЛЕЮТ:

- 1. дети в любом возрасте
- 2. новорожденные и дети первых месяцев жизни
- 3. подростки
- 4. взрослые
- 5. все перечисленные

## СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

### Задача 1.

В терапевтическое отделение госпитализирована больная Н. 28 лет, с диагнозом: вегетососудистая дистония. Через несколько часов у пациентки выявлен частый жидкий

стул. Женщина была переведена в инфекционное отделение лишь на следующий день, где был подтвержден диагноз острой дизентерии Зонне Пе.

В последующем в течении 2-х недель из палаты терапевтического отделения, где первоначально находилась больная, с интервалом 2–3 дня в инфекционное отделение переведены были пациентки с жидким стулом, при обследовании которых также был подтвержден диагноз: острая дизентерия Зонне Пе. Всего заболело 6 человек. Последняя пациентка с больной Н. не контактировала, и была госпитализирована в терапевтическое отделение через сутки после перевода пятой больной.

**ЗАДАНИЕ:**

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
4. Составьте план противоэпидемиологических мероприятий (УК-2, ПК-3).
5. Назовите основные направления работы с населением по предотвращению распространения заболевания (ПК- 9).
6. Перечислите необходимую к заполнению документацию (ПК-4).

### **Задача 2.**

Вызов на дом: женщина 28 лет, учитель начальных классов, больна 1-й день, жалуется на повышение температуры тела до 38.30С, боль в горле, заложенность носа, кашель, осиплость голоса, слабость.

При осмотре: t-38.20С, ЧСС - 80 в м, ЧД - 24 в мин, АД - 120/80 мм рт ст. Кожа чистая. Дыхание через нос затруднено, отделяемого нет. Голос сиплый, кашель «лающий», надсадный, болезненный. Одышки нет. В ротоглотке - яркая разлитая гиперемия, миндалины чистые. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, б/б. Стул и диурез в норме.

**ЗАДАНИЕ:**

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
4. Составьте план противоэпидемиологических мероприятий (УК-2, ПК-3).
5. Назовите основные направления работы с населением по предотвращению распространения заболевания (ПК- 9).
6. Перечислите необходимую к заполнению документацию (ПК-4).

### **Задача 3.**

Вызов на дом: мужчина 30 лет, болен в течении 2-х дней, жалуется на повышение температуры тела до 38.80С, чихание, слезотечение, боль в горле, сильный влажный кашель, слезотечение, боль и резь в глазах, чувство инородного тела в левом глазу.

У мужчины есть сын в возрасте 8 месяцев.

При осмотре: t-39.00С, ЧСС - 92 в мин, ЧД - 20 в мин, АД - 130/70 мм рт ст. Кожа чистая, конъюнктивы глаз ярко гиперемированы, отделяемое из глаз слизистое. Склеры инъектированы, на переходной складке конъюнктивы правого глаза плёнчатый налёт серого цвета, не снимается. Дыхание через нос затруднено, обильное слизисто-гнойное отделяемое. В ротоглотке - яркая разлитая гиперемия, миндалины отечные, рыхлые, в лакунах - единичные налеты желтого цвета. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, б/б. Стул и диурез в норме.

**ЗАДАНИЕ:**

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
4. Составьте план противоэпидемиологических мероприятий (УК-2, ПК-3).

5. Назовите основные направления работы с населением по предотвращению распространения заболевания (ПК- 9).
6. Перечислите необходимую к заполнению документацию (ПК-4).

#### **Задача 4**

Вызов на дом: женщина 32 лет, больна 1-й день, жалуется на повышение температуры тела до 39.30С, чихание, слезотечение, головную боль -преимущественно в лобной области, слабость, снижение аппетита, боль внизу живота.

У женщины есть ребенок в возрасте 6 месяцев, на грудном вскармливании.

При осмотре: t-39.10С, ЧСС - 98 в мин, ЧД - 22 в мин, АД - 120/80 мм рт ст. Кожа чистая, конъюнктивы глаз гиперемирована. В ротоглотке - яркая разлитая гиперемия, миндалины чистые. В легких - везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, чуть вздут, болезненный в надлобковой области - 2 день от начала менструации, выделения обильные. Стул в норме. Мочится мало.

**ЗАДАНИЕ:**

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
4. Составьте план противоэпидемиологических мероприятий (УК-2, ПК-3).
5. Назовите основные направления работы с населением по предотвращению распространения заболевания (ПК- 9).
6. Перечислите необходимую к заполнению документацию (ПК-4).

#### **Задача 5.**

Больной К. 48 лет госпитализирован в инфекционное отделение для больных с кишечными инфекциями с диагнозом сальмонеллез. За 4 дня до настоящего заболевания он был выписан из другого отделения, где получал лечение в течение двух недель по поводу острого бронхита. Пациент утверждает, что заражение сальмонеллезом произошло в стационаре.

**ЗАДАНИЕ:**

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
4. Составьте план противоэпидемиологических мероприятий (УК-2, ПК-3).
5. Назовите основные направления работы с населением по предотвращению распространения заболевания (ПК- 9).
6. Перечислите необходимую к заполнению документацию (ПК-4).

#### **Задача 6.**

К больному С., 40 лет, вызвана «скорая помощь» в связи с резким ухудшением состояния. Из анамнеза известно, что заболевание началось с озноба, головной боли 5 дней назад. Быстро повысилась температура до 390С, дважды была рвота. По совету знакомого врача, предположившего грипп, принимал ремантадин, после чего на следующий день температура тела снизилась до 37,50С, обильно потел, но к вечеру вновь повысилась до 40,50С, при этом чувствовал сильную головную боль, тошноту, слабость.

В течение следующих дней температура оставалась повышенной, повторялась рвота, отмечал неприятные ощущения в эпигастральной области. Сегодня при высокой температуре появился бред.

При осмотре: состояние тяжелое, бледен, заторможен, на вопросы отвечает односложно. Зрачки узкие, пульс 106 уд/мин, АД 90/60 мм рт.ст. Печень и селезенка увеличены. Живот мягкий. Нерезко выражен менингеальный синдром.

Эпидемиологический анамнез: вернулся из Бенина (Африка), где работал в течение 1 года. С целью профилактики принимал нивахин, после возвращения препарат принимать прекратил.

**ЗАДАНИЕ:**

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
4. Составьте план противоэпидемиологических мероприятий (УК-2, ПК-3).
5. Назовите основные направления работы с населением по предотвращению распространения заболевания (ПК- 9).
6. Перечислите необходимую к заполнению документацию (ПК-4).

#### **Задача 7.**

Больной У., 23 года, студент из Сенегала. Поступил в инфекционное отделение 22.09.2007 г. на 7-й день болезни в тяжелом состоянии с диагнозом «Токсический грипп». По словам больного, около недели болел «гриппом», за-тем состояние ухудшилось. Температура тела повысилась до 40,30С, озноб, сильная головная боль, рвота, ломота в теле. В России живет с 2005 года, летом 2007 года выезжал на каникулы в Сенегал, возвратился 08.09.2007г. Болел малярией в детстве. Личной профилактики не проводил.

При поступлении: температура 380С, состояние тяжелое. Бледен, кожа и склеры обычной окраски. Пульс 92 удара в минуту, ритмичный. АД 100/75 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Печень выступает из подреберья на 2-3 см, плотная, чувствительная при пальпации. Селезенка выходит из подреберья на 3 см, плотная, болезненная.

**ЗАДАНИЕ:**

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
4. Составьте план противоэпидемиологических мероприятий (УК-2, ПК-3).
5. Назовите основные направления работы с населением по предотвращению распространения заболевания (ПК- 9).
6. Перечислите необходимую к заполнению документацию (ПК-4).

#### **Задача 8.**

Пациент Б. 34 лет госпитализирован в хирургическое отделение 5 января с диагнозом: Острый аппендицит. 6 января оперирован, после операции установлен диагноз острого флегмонозного аппендицита. 13 января у пациента развивается нагноение послеоперационной раны.

**ЗАДАНИЕ:**

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
4. Составьте план противоэпидемиологических мероприятий (УК-2, ПК-3).
5. Назовите основные направления работы с населением по предотвращению распространения заболевания (ПК- 9).
6. Перечислите необходимую к заполнению документацию (ПК-4).

#### **Задача 9.**

НА 10-Й ДЕНЬ ПРЕБЫВАНИЯ В СОМАТИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ У БОЛЬНОГО ПОЯВИЛСЯ ЖИДКИЙ СТУЛ, БЫЛА ВЫДЕЛЕНА КУЛЬТУРА ШИГЕЛЛ ЗОННЕ. ЗАРАЖЕНИЕ МОГЛО ПРОИЗОЙТИ:

**ЗАДАНИЕ:**

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).

2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
4. Составьте план противоэпидемиологических мероприятий (УК-2, ПК-3).
5. Назовите основные направления работы с населением по предотвращению распространения заболевания (ПК- 9).
6. Перечислите необходимую к заполнению документацию (ПК-4).

### **ЗАДАЧА 10**

Больной К. 48 лет госпитализирован в инфекционное отделение для больных с кишечными инфекциями с диагнозом сальмонеллез. За 4 дня до настоящего заболевания он был выписан из другого отделения, где получал лечение в течение двух недель по поводу острого бронхита. Пациент утверждает, что заражение сальмонеллезом произошло в стационаре.

**ЗАДАНИЕ:**

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
4. Составьте план противоэпидемиологических мероприятий (УК-2, ПК-3).
5. Назовите основные направления работы с населением по предотвращению распространения заболевания (ПК- 9).
6. Перечислите необходимую к заполнению документацию (ПК-4).

### **ЗАДАЧА 11**

У беременной С., 26 лет, зарегистрирован положительный результат обследования на HBsAg. Женщина имеет беременность сроком 8 недель. Работает стоматологом в поликлинике, проживает в отдельной квартире с матерью 52 лет и дочерью 4 лет. Ребенок посещает детский сад, привит от HBV-инфекции.

**ЗАДАНИЕ:**

1. Назовите основные симптомы и поставьте диагноз (УК-1, ПК-5).
2. Определите тактику ведения и лечения пациента (ПК-6).
3. Определите показания к проведению профилактики заболевания (ПК-1).
4. Составьте план противоэпидемиологических мероприятий (УК-2, ПК-3).
5. Назовите основные направления работы с населением по предотвращению распространения заболевания (ПК- 9).
6. Перечислите необходимую к заполнению документацию (ПК-4).

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Ивановская государственная медицинская академия»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Приложение 2**

**к рабочей программе практики  
«Обучающий симуляционный курс»**

**Индивидуальное задание на производственную (клиническую) практику  
*«Обучающий симуляционный курс»***

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Направление подготовки: 31.08.21 Психиатрия-наркология

Квалификация выпускника: Врач-психиатр-нарколог

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б2.Б1

**Индивидуальное задание для выполнения в период прохождения производственной  
(клинической) практики «Обучающий симуляционный курс»**

Ординатор \_\_\_\_\_

Ф.И.О. ординатора

Специальность \_\_\_\_\_

Кафедра \_\_\_\_\_

Руководитель практики \_\_\_\_\_

(должность, кафедра, Ф.И.О. руководителя)

**Перечень общеврачебных практических навыков**

№	Наименование навыка	Минимальное количество
1	Удаление инородного тела верхних дыхательных путей	5
2	Коникотомия, коникопункция	5
3	Базовая сердечно-легочная реанимация	5
4	Промывание желудка	5
5	Сифонная клизма	5
6	Пункция периферической вены	5
7	Катетеризация периферической вены	5
8	Пункция плевральной полости	5
9	Катетеризация мочевого пузыря (мягким катетером)	5
10	Временная остановка наружного кровотечения	5
11	Наложение мягкой повязки	5
12	Остановка носового кровотечения	5
13	Иммобилизация конечности при травмах	5
14	Неотложная помощь при внутреннем кровотечении	5
15	Определение группы крови и резус-принадлежности крови (индивидуальной совместимости)	5

**Перечень специальных практических навыков**

№	Наименование навыка	Минимальное количество
1	Методика первичного психопатологического обследования	10
2	Экстренное введения средств, купирующих психомоторное возбуждение	10
3	Внутривенное введение психотропных средств	10
4	Психофармакотерапия.	10
5	Укладывание больного, наложения языкодержателя, освобождения дыхательных путей от слизи и инородных тел	10
6	Удерживание беспокойного больного, наложение фиксирующих повязок	10
7	Удерживания больного при искусственном кормлении, проведения искусственного кормления, введения желудочного зонда	10
8	Составление индивидуальных программ психосоциальной реабилитации больных.	10
9	Оформление медицинской документации	10

Руководитель практики \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

(подпись руководителя)

ФИО

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Ивановская государственная медицинская академия»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Институт последипломного образования**

**Приложение 1  
к рабочей программе практики**

**Оценочные средства и методические материалы  
для проведения промежуточной аттестации по производственной (клинической) практике  
«Обучающий симуляционный курс»**

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Направление подготовки: **31.08.21 Психиатрия-наркология**

Квалификация выпускника: **врач – психиатр-нарколог**

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б2.Б1

# 1. Паспорт ОС по производственной (клинической) практике «Обучающий симуляционный курс»

## 1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	1- 2 год обучения
УК-2	готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	1- 2 год обучения
ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	1- 2 год обучения
ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов с психическими и поведенческими расстройствами, обусловленными употреблением психоактивных веществ	1- 2 год обучения
ПК-7	готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	1- 2 год обучения
ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	1- 2 год обучения

## 1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
1.	УК-1	<b>Знает:</b> - методологию диагноза <b>Умеет:</b> - анализировать и интерпретировать результаты клинических методов диагностики для диагностики заболеваний и контроля за эффективностью проводимого лечения	1. Комплект практико-ориентированных заданий	Зачет с оценкой, 4 семестр
2.	УК-2	<b>Знает:</b> этику и деонтологию врача <b>Умеет:</b> - управлять коллективом; - общаться с коллегами и больными независимо от их социальных, этнических конфессиональных и культурных различий	1. Комплект практико-ориентированных заданий	Зачет с оценкой, 4 семестр
3.	ПК-5	<b>Знает:</b> - основные патологические состояния, симптомы и синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем <b>Умеет:</b> - провести квалифицированную диагностику	1. Дневник практики 2. Комплект практико-ориентированных заданий	Зачет с оценкой, 4 семестр

		<p>заболеваний на основе данных клинического обследования;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- провести квалифицированную диагностику заболеваний на основе данных дополнительных инструментальных и лабораторных методов обследования;</li> <li>- сформулировать клинический диагноз в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;</li> </ul> <p><b>Владеет</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- методами диагностики патологических состояний при использовании результатов клинических и дополнительных методов исследования;</li> </ul>		
4.	ПК-6	<p><b>Знает:</b> основные порядки и стандарты ведения и лечения пациентов с психическими и поведенческими расстройствами, обусловленными употреблением психоактивных веществ</p> <p><b>Умеет:</b> использовать необходимые методы для ведения и лечения пациентов с психическими и поведенческими расстройствами, обусловленными употреблением психоактивных веществ</p> <p><b>Владеет:</b> навыком составления плана ведения и лечения пациентов с психическими и поведенческими расстройствами, обусловленными употреблением психоактивных веществ</p>	<p>1. Дневник практики</p> <p>2. Комплект практико-ориентированных заданий</p>	<p>Зачет с оценкой, 4 семестр</p>
5.	ПК-7	<p><b>Знает:</b> алгоритмы выполнения практических навыков</p> <p><b>Умеет:</b> оказывать медицинскую помощь при чрезвычайных ситуациях</p> <p><b>Владеет:</b> основными общеврачебными и специальными навыками оказания медицинской помощи</p>	<p>1. Дневник практики</p> <p>2. Комплект практико-ориентированных заданий</p>	<p>Зачет с оценкой, 4 семестр</p>
6.	ПК-10	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- основы законодательства о здравоохранении и основные документы, определяющие деятельность лечебного учреждения;</li> <li>- общие вопросы деятельности лечебного учреждения в условиях страховой медицины;</li> <li>- принципы медицинской статистики, учета и анализа основных показателей деятельности лечебного учреждения;</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- проводить экспертизу временной утраты трудоспособности</li> </ul> <p><b>Владеет:</b> оформлением учетно-отчетной документации в лечебном учреждении</p>	<p>1. Дневник практики</p>	<p>Зачет с оценкой, 4 семестр</p>

## 2. Оценочные средства

### 2.1. Оценочное средство: дневник практики

#### 2.1.1. Содержание

Во время аттестации по итогам производственной практики проверяется документация, оформленная студентом:

Дневник производственной практики (ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-10) оформляется в соответствии с требованиями Положения об организации проведения практики обучающихся по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры.

### **2.1.2. Критерии и шкала оценки**

Оценка «отлично» выставляется в случае правильного оформления всех разделов дневника, достаточного объема проведенной работы, выполнения необходимых манипуляций, правильного изложения клинических данных, грамотных формулировок клинических диагнозов, назначения больным адекватной терапии, наличия оформленной характеристики базового руководителя с оценкой «отлично» результатов работы.

Оценка «хорошо» выставляется при наличии оформленных разделов дневника, достаточного объема проведенной работы, выполнения достаточного объема манипуляций, правильного изложения клинических данных, несущественных ошибках при формулировке клинических диагнозов, назначения больным адекватной терапии, наличия оформленной характеристики базового руководителя с оценкой «отлично» или «хорошо» результатов работы.

Оценка «удовлетворительно» выставляется при наличии ошибок при изложении основных разделов, недостаточного объема выполненных манипуляций, ошибок при формулировке клинических диагнозов, наличия оформленной характеристики базового руководителя с положительной оценкой результатов работы.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется при полном несоблюдении схемы оформления дневника, неадекватном изложении основных разделов, отсутствии некоторых разделов, неправильных формулировках клинического диагноза, неадекватном и необоснованном назначении лекарственных препаратов, отсутствия характеристики базового руководителя или при наличии оформленной характеристики базового руководителя с отрицательной оценкой результатов работы.

### **2.1.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания:**

Преподаватель проверяет основные разделы дневника, при необходимости, задавая вопросы по клиническим случаям, формулировкам диагнозов, лечению. Ординатор комментирует записи, сделанные в «Дневнике производственной практики». Оценивается правильность оформления обязательных разделов дневника, объем выполненных навыков.

## **2.2. Оценочное средство: Комплект практико-ориентированных заданий.**

### **2.2.1. Содержание**

Комплект практико-ориентированных заданий включает проверку практических навыков, представленных в рабочей программе (общеврачебных и специальных навыков) (УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7)

*Примеры практико-ориентированных заданий:*

#### **Прочитайте ситуацию и выполните задания:**

##### **№ 1**

Женщина, 53 лет, страдает нарушением ритма сердца. Внезапно потеряла сознание, упала. Пульса на сонной артерии нет. Дыхание отсутствует, зрачки узкие.

#### **Задания:**

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (сердечно-легочная реанимация) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Вызов бригады СМП	
3	Оценка сознания	
4	Оценка сердечной деятельности	
5	Оценка дыхания	
6	Положение пациента	
7	Выбор места, способа, частоты и глубины компрессии грудной клетки	
8	Оценка эффективности кровообращения	
9	Соотношение частоты компрессии к ИВЛ	
10	Обеспечение проходимости дыхательных путей (ДП)	
11	Оценка проходимости ДП	
12	Выбор частоты и глубины ИВЛ	
13	Оценка эффективности ИВЛ	
14	Соответствие последовательности действий	
15	Электроимпульсная терапия (показания, правила выполнения, безопасность, дозирование)	
16	Оценка эффективности	
17	Медикаментозные средства (показания, последовательность назначения, дозировка)	

## № 2

Продемонстрируйте алгоритм купирования психомоторного возбуждения (УК-2, ПК-6).

Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1. Оценить настоящее состояние пациента и диагностировать состояние психомоторного возбуждения	
2. Обозначить вид возбуждения (при возможности) (например, делирий, маниакальное возбуждение и прочее)	
3. Произвести выбор лекарственных препаратов в конкретной клинической ситуации с учетом противопоказаний в зависимости от коморбидных соматических и/или неврологических расстройств	
4. Рассчитать дозировку препарата/препаратов	
5. Определить оптимальный путь/пути введения	
6. Проинструктировать средний медицинский персонал о назначенном лечении	
7. Проконтролировать технику введения лекарственного средства средним медицинским персоналом	
8. При сложностях – уметь провести процедуру	

самостоятельно	
9. Продемонстрировать навык динамического наблюдения после введения препаратов, знание критериев и предполагаемого срока купирования возбуждения, тактику в случае неэффективности действий	
10. Надлежащим образом оформить запись в истории болезни	

### 2.2.2. Критерии и шкала оценки

Шкала оценивания:

- «отлично» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями – знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений;

- «хорошо» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями – знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет;

- «удовлетворительно» - обучающийся обладает удовлетворительными теоретическими знаниями – знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции их преподавателем;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний – не знает методики выполнения, практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и т.д.; и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

### 2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания:

Оценка практических навыков осуществляется на базах производственной практики в ходе выполнения практико-ориентированных заданий, проверяющих выполнение не менее двух общеврачебных навыков и не менее двух специальных навыков. Каждый навык оценивается отдельно по 5-бальной системе.

### 3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине

Итоговая оценка на зачете по производственной практике формируется как среднее арифметическое оценок за два этапа. И выставляется в 5-бальной системе в дневник производственной практики, зачетную ведомость и зачетную книжку ординатора.

## ПРАКТИКО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ОБЩЕВРАЧЕБНЫМ НАВЫКАМ

### № 1

#### Прочитайте ситуацию и выполните задания:

Женщина, 53 лет, страдает нарушением ритма сердца. Внезапно потеряла сознание, упала. Пульса на сонной артерии нет. Дыхание отсутствует, зрачки узкие.

#### Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (сердечно-легочная реанимация) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Вызов бригады СМП	
3	Оценка сознания	
4	Оценка сердечной деятельности	
5	Оценка дыхания	
6	Положение пациента	
7	Выбор места, способа, частоты и глубины компрессии грудной клетки	
8	Оценка эффективности кровообращения	
9	Соотношение частоты компрессии к ИВЛ	
10	Обеспечение проходимости дыхательных путей (ДП)	
11	Оценка проходимости ДП	
12	Выбор частоты и глубины ИВЛ	
13	Оценка эффективности ИВЛ	
14	Соответствие последовательности действий	
15	Электроимпульсная терапия (показания, правила выполнения, безопасность, дозирование)	
16	Оценка эффективности	
17	Медикаментозные средства (показания, последовательность назначения, дозировка)	

### № 2

#### Прочитайте ситуацию и выполните задания:

Вы находитесь на продовольственном рынке, мужчина рядом с Вами пробует сливу. Внезапно его лицо стало бледным, затем синюшно-багровым, он сильно испуган, судорожно открывает рот, вдоха нет, глаза навывкате, слезотечение.

#### Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (удаление инородного тела из верхних дыхательных путей) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Вызов бригады СМП	
3	Наличие кашля	
4	Оценка дыхания	
5	Оценка сознания	
6	Ревизия ВДП	
7	Тактика действий в зависимости от возраста, особенностей телосложения	
8	Проведение приема Геймлиха	
а)	правильность расположения рук оказывающего помощь и туловища пострадавшего	
б)	число и последовательность тракций	
10	Эффективность проведения	
11	Последующие действия	

### № 3

#### Прочитайте ситуацию и выполните задания:

Машиной СМП в стационар доставлен больной, 37 лет, с жалобами на тошноту, рвоту, однократный жидкий стул, слабость, сухость во рту, головокружение, нарушение зрения, слабость. Болен 2-й день.

Общее состояние больного средней тяжести, температура тела 37,1°C, в легких дыхание везикулярное, пульс 76 ударов в мин, ритмичный, АД 110/70, язык слегка обложен, суховат, живот мягкий, умеренно вздут, болезненный в эпигастрии. Голос имеет гнусавый оттенок. Поперхивается при глотании, выявлено ухудшение зрения, опущение век.

За 7-8 часов до заболевания ел маринованные грибы домашнего приготовления.

#### Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (промывание желудка) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Оценка сознания	
3	Положение пациента	
4	Выбор размера зонда	
5	Выбор раствора для промывания	
6	Расчет объема жидкости	
7	Техника заведения зонда	
8	Объем одной фракции применяемого раствора	

9	Показания к прекращению промывания желудка	
10	Эффективность	
11	Извлечение зонда	

#### № 4

##### Прочитайте ситуацию и выполните задания:

Пациенту, 35 лет, была назначена внутримышечная терапия цефазолином. Через несколько минут после в/м введения цефазолина пациент стал жаловаться на общую слабость, прилив крови к лицу, головную боль, нарушение зрения, чувство тяжести за грудиной. Состояние тяжелое. Бледность кожи с цианозом, обильная потливость. Тоны сердца глухие. Нитевидный пульс 120 уд./мин. АД 80/50 мм рт.ст. ЧДД 28 в мин. Одышка экспираторного характера.

##### Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (выполнение пункции периферической вены для введения глюкокортикоидов) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Положение пациента	
3	Алгоритм выбора периферической вены	
4	Собрать набор для манипуляции	
5	Выполнить пункцию периферической вены	
а)	обработка рук	
б)	надевание перчаток	
в)	наложение жгута / способы пережатия вен	
г)	обработка кожи в месте пункции	
д)	вскрытие упаковки иглы	
е)	пункция вены	
ж)	забор материала / введение медикаментов	
з)	контроль правильности положения иглы	
и)	извлечение иглы	
6	Утилизация иглы	
7	Дальнейшая тактика	

#### № 5

##### Прочитайте ситуацию и выполните задания:

Больной амбулаторно лечился по поводу ОРВИ. Однако, на фоне лечения, через 5 дней развилась пневмония, что стало основанием для госпитализации.

При нахождении в стационаре состояние ухудшилось. На фоне фебрильной температуры отмечается нарастание одышки и явления дыхательной недостаточности. Перкуторно границы сердца смещены влево, в нижних отделах правой половины грудной клетки тупой звук, дыхание не проводится.

##### Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).

2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (пункция плевральной полости) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Вызов специалистов	
3	Положение пациента	
4	Собрать набор для пункции	
5	Выбор точки пункции в зависимости от показания	
6	Выполнить пункцию	
а)	обработка рук	
б)	надевание перчаток	
в)	обработка операционного поля	
г)	проведение плевральной пункции	
д)	оценка эффективности	
6	Удаление иглы	

#### № 6

#### Прочитайте ситуацию и выполните задания:

Женщине, 38 лет, в медицинском пункте предприятия проведена вакцинация против гриппа вакциной «Гриппол». Через 5 мин после вакцинации появились жалобы на нехватку воздуха, грубый, лающий кашель с «металлическим» оттенком. Удушье стремительно нарастало. Резко затруднен вдох. Голос стал осипшим. Через 10 мин прибыла бригада «Скорой помощи», вызванная медсестрой.

При осмотре: женщина в сознании, но на вопросы отвечает с трудом, дезориентирована в пространстве. Быстро нарастает цианоз кожи, приобретающий генерализованный характер. Вдох резко затруднен, прерывистый, при дыхании отмечается втяжение яремной ямки, межрёберных промежутков. Дыхание в легких едва прослушивается.

#### Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (выполнение кониопункции) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Вызов специалистов	
3	Положение пациента	
4	Собрать набор для пункции	
5	Место пункции	
6	Выполнить пункцию	

а)	обработка рук	
б)	надевание перчаток	
в)	обработка кожи в месте пункции	
г)	пункция	
д)	оценка эффективности	
7	Дальнейшая тактика	

### № 7

#### Прочитайте ситуацию и выполните задания:

В результате автомобильной аварии у водителя имеется рана левого плеча, из которой отмечается обильное кровотечение. Наложённая повязка промокает алой кровью. Пострадавший бледен, пульс 98 ударов в минуту, на левой руке не определяется.

#### Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (временная остановка наружного кровотечения) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Вызов бригады СМП	
3	Положение пациента	
4	Метод остановки кровотечения	
5	Иммобилизация	
6	Оценка эффективности	
7	Способ и вид транспортировки	

### № 8

#### Прочитайте ситуацию и выполните задания:

У женщины, длительное время страдающей варикозным расширением вен нижних конечностей, вследствие случайного ранения проволокой возникло обильное кровотечение непрерывной струёй тёмного цвета. Пульс 90 уд/мин, АД 115/70 мм рт ст.

#### Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (временная остановка наружного кровотечения) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Вызов бригады СМП	
3	Положение пациента	
4	Метод остановки кровотечения	

5	Иммобилизация	
6	Оценка эффективности	
7	Способ и вид транспортировки	

### № 9

#### Прочитайте ситуацию и выполните задания:

Мужчина 28 лет, предъявляет жалобы на резкую слабость, головокружение, два раза была рвота, рвотные массы напоминают "кофейную гущу". В анамнезе язвенная болезнь желудка.

При осмотре: кожные покровы бледные. Язык обложен сероватым налетом. Пальпация живота умеренно болезненная в области эпигастрия. Пульс 98 ударов в мин. АД 100/70 мм рт.ст.

#### Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (неотложная помощь при внутреннем кровотечении) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Положение пациента	
3	Вызов бригады СМП	
4	Способы уменьшения кровотечения	
5	Расчет объема инфузионной терапии, ее качественный состав	
6	Оценка эффективности	
7	Способ и вид транспортировки	

### № 10

#### Прочитайте ситуацию и выполните задания:

В приёмное отделение поступил мужчина, 54 лет, с жалобами на сильные боли и ощущение распирания внизу живота, мучительные позывы к мочеиспусканию, неспособность помочиться.

При осмотре: пациент беспокоен, перкуторно над мочевым пузырём тупой звук, пальпация болезненная из-за сильного позыва к мочеиспусканию.

#### Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (катетеризация мочевого пузыря мягким катетером) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Положение пациента	
3	Собрать набор для катетеризации	
4	Выполнить катетеризацию	

а)	обработка рук	
б)	надевание перчаток	
в)	обработка кожи и слизистых	
г)	выбор и подготовка катетера	
д)	заведение катетера	
е)	оценка эффективности	
5	Фиксация катетера	

### № 11

#### Прочитайте ситуацию и выполните задания:

Женщина, 64 года, обратилась с жалобами на отсутствие стула в течение 4 суток, отсутствие аппетита, чувство тяжести и боли в нижнем отделе живота схваткообразного характера, иррадиирующие в крестец, неотхождение газов.

#### Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (выполнение сифонной клизмы) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Выбрать раствор для введения	
3	Собрать набор для проведения сифонной клизмы	
4	Положение пациента	
5	Выполнить манипуляцию	
а)	обработка рук	
б)	надевание перчаток	
в)	выбор и подготовка наконечника	
г)	техника и глубина введения	
5	Фракционное введение раствора	
6	Оценка эффективности	
7	Дальнейшая тактика	

### № 12

#### Прочитайте ситуацию и выполните задания:

При спуске с горы на лыжах женщина упала, возникли резкие боли в области бедра, усиливающиеся при изменении положения. Встать на ногу не может.

При осмотре: стопа неестественно вывернута наружу, целостность кожных покровов не нарушена.

#### Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (провести иммобилизацию конечностей) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Выбрать метод иммобилизации	
3	Правила иммобилизации	
4	Оценка эффективности	
5	Способ и вид транспортировки	

### № 13

#### Прочитайте ситуацию и выполните задания:

Женщина, 30 лет обратилась за помощью с резаной раной на наружной поверхности предплечья правой руки.

#### Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (наложение мягкой повязки) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Выбрать вид повязки	
3	Правила наложения	
4	Оценка эффективности	

### № 14

#### Прочитайте ситуацию и выполните задания:

В результате удара по переносице кулаком началось обильное выделение крови. Больной беспокоен, сплёвывает кровь, частично её проглатывает

#### Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (остановка носового кровотечения) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Вызов специалистов	
3	Положение пациента	
4	Собрать набор для манипуляции	
5	Проведение остановки носового кровотечения	

а)	обработка рук	
б)	надевание перчаток	
в)	оценка эффективности методов	
6	Выполнение передней тампонады	
7	Контроль и эффективность	
8	Дальнейшая тактика	

### № 15

#### Прочитайте ситуацию и выполните задания:

Женщина, 35 лет, госпитализирована в стационар с целью сохранения беременности. Назначена длительная медикаментозная терапия путём в/в капельного введения препаратов. Вена в области локтевого сгиба на левой руке склерозирована; на правой руке - тонкая.

#### Задания:

1. Определите патологическое состояние (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте оказание неотложной помощи на фантоме (провести катетеризацию периферической вены) (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Оценка ситуации	
2	Положение пациента	
3	Алгоритм выбора периферической вены	
4	Собрать набор для манипуляции	
5	Выполнить пункцию и катетеризацию периферической вены	
а)	обработка рук	
б)	надевание перчаток	
в)	наложение жгута / способы пережатия вен	
г)	обработка кожи в месте пункции	
д)	вскрытие упаковки катетера	
е)	пункция вены, заведение катетера	
ж)	снятие жгута	
з)	фиксация катетера	
и)	введение медикаментов	
к)	контроль правильности положения катетера	
л)	извлечение катетера	
6	Утилизация иглы, катетера	
7	Дальнейшая тактика	

### № 16

#### Прочитайте ситуацию и выполните задания:

По медицинским показаниям больному требуется переливание 200 мл цельной крови. При определении групповой принадлежности крови пациента наблюдалась агглютинация эритроцитов с

целиклоном анти-В и отсутствие агглютинации с целиклоном анти-А. Определение резус-фактора с помощью целиклоном анти-D-супер показало наличие агглютинации.

**Задания:**

1. Определите группу крови и резус принадлежность крови (УК-1, ПК-5).
2. Продемонстрируйте определение группы крови и резус принадлежности крови на фантоме (ПК-7).

№ п/п	Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1	Убедиться в пригодности целиклонов, донорской крови	
2	Надеть маску, очки, фартук, нарукавники, перчатки, обработать перчатки	
3	На блюде написать Ф.И.О. реципиента	
4	Вскрыть ампулы с целиклонами	
5	Получить кровь реципиента	
6	В лунки внести по 1 капле (0,1 мл) целиклонов	
7	Отдельным концом стеклянной палочки или отдельной пипеткой для каждой лунки перенести каплю крови (0,01 мл) в 10 раз меньше капли целиклона с предметного стекла в лунку и смешать с каплей целиклона до гомогенного пятна	
8	Блюде осторожно покачивать в течение 2 мин.	
9	При наличии гемагглютинации с целиклонами анти-А, -В, -АВ проводится тестовый контроль с изотоническим раствором хлорида натрия	
10	Блюде, палочки, пипетки, шприцы, иглы дезинфицируются в 3% растворе хлорамина в течение 1 ч.	

**ПРАКТИКО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ЗАДАНИЯ ПО СПЕЦИАЛЬНЫМ НАВЫКАМ**

1. Продемонстрируйте алгоритм оценки суицидального риска (УК-2, ПК-6).

Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1. Наладить первоначальный контакт и установить отношения для откровенной беседы	
2. Навык снятия эмоционального напряжения и тревожности в ходе ведения опроса	
3. Оценить наличие суицидальных мыслей: основания для суицидальных идей	
4. Выяснить характер суицидальных идей: пассивны ли они	

(желание умереть/не жить, заснуть и не проснуться) или наполнены активным содержанием достигая уровня конкретных намерений.	
5. Оценить наличие суицидальных намерений	
6. Оценить наличие суицидального плана	
7. Оценить наличие суицидального поведения.	
8. Оценить наличие факторов, сдерживающих реализацию суицида	
9. Провести динамическую оценку факторов риска суицида по Колумбийской шкале суицидального риска (C-SSRS)	
10. Продемонстрировать навык безоценочного отношения к проблемам пациента	

2. Продемонстрируйте алгоритм купирования психомоторного возбуждения (УК-2, ПК-6).

Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
11. Оценить настоящее состояние пациента и диагностировать состояние психомоторного возбуждения	
12. Обозначить вид возбуждения (при возможности) (например, делирий, маниакальное возбуждение и прочее)	
13. Произвести выбор лекарственных препаратов в конкретной клинической ситуации с учетом противопоказаний в зависимости от коморбидных соматических и/или неврологических расстройств	
14. Рассчитать дозировку препарата/препаратов	
15. Определить оптимальный путь/пути введения	
16. Проинструктировать средний медицинский персонал о назначенном лечении	
17. Проконтролировать технику введения лекарственного средства средним медицинским персоналом	
18. При сложностях – уметь провести процедуру самостоятельно	
19. Продемонстрировать навык динамического наблюдения после введения препаратов, знание критериев и предполагаемого срока купирования возбуждения, тактику в случае неэффективности действий	
20. Надлежащим образом оформить запись в истории болезни	

3. Продемонстрируйте алгоритм выявления галлюцинаторных расстройств (УК-2, ПК-6).

Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1. Перечислить состояния, которые могут сопровождаться расстройствами восприятия в виде галлюцинаций	
2. Перечислить способы выявления галлюцинаторных расстройств	
3. Продемонстрировать навык выявления галлюцинаций при	

клинической беседе	
4. Продемонстрировать навык выявления галлюцинаций путем наблюдения за поведением пациента	
5. Перечислить способы выявления готовности к появлению галлюцинаторных расстройств	
6. Перечислить показания для проведения проб на готовность к галлюцинаторным расстройствам	
7. Продемонстрировать технику проведения пробы Ашафенбурга, интерпретировать ее результаты	
8. Продемонстрировать технику проведения пробы Рейхардта, интерпретировать ее результаты	
9. Продемонстрировать технику проведения пробы Рейхардта, интерпретировать ее результаты	
10. По результатам обследования надлежащим образом оформить запись в истории болезни	

4. Продемонстрируйте алгоритм оценки психического статуса (УК-2, ПК-6).

Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1. Оценить внешний вид больного и особенности поведения: поза, одежда, опрятность, особенности мимики, пантомимики.	
2. Оценить особенности контакта, речи и внимания.	
3. Оценить состояние сознания (ясное, помраченное, бессознательное состояние), ориентировка в месте, времени и собственной личности.	
4. Оценить наличие или отсутствие расстройств ощущений (количественные и качественные) и восприятия (иллюзии, галлюцинации, психосенсорные нарушения).	
5. Оценить наличие или отсутствие нарушения мышления по форме (в темпе, структуре мышления) и по содержанию (бредовые идеи, сверхценные идеи, навязчивые идеи).	
6. Оценить наличие или отсутствие расстройств памяти (количественные и качественные).	
7. Оценить уровень умственной деятельности, соответствие его возрасту, образованию, жизненному опыту. Описывается запас знаний и навыков, круг интересов, способность ориентироваться в житейских вопросах, зрелость суждений, аналитико-синтетическая функция, способность к абстрагированию.	
8. Оценить наличие или отсутствие эмоциональных расстройств.	
9. Оценить отношение больного к пребыванию в больнице и лечению, критику пациента в отношении болезни.	
10. Оформить психический статус в истории болезни согласно перечисленным выше пунктам, используя соответствующую терминологию	

5. Продемонстрируйте алгоритм оформления медицинской документации (истории болезни стационарного больного) (УК-2, ПК-6).

Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
Оформить следующие разделы истории болезни:	
1. Паспортные данные, дата поступления в клинику, повторность поступления, кем направлен.	
2. Жалобы.	
3. Анамнез жизни и заболевания со слов больного.	
4. Анамнез жизни и заболевания со слов родственников (указать, кого конкретно).	
5. Соматическое состояние, неврологическое состояние.	
6. Психическое состояние.	
7. Диагноз.	
8. Схема обследования и лечения.	
9. Дневники.	
10. Эпикриз.	

6. Продемонстрируйте алгоритм оформления медицинской документации (осмотр врача при первичном приеме пациента) (УК-2, ПК-6).

Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1. Получить письменное добровольное информированное согласие на госпитализацию	
2. Оформить следующие разделы: паспортные данные, дата поступления в клинику, повторность поступления, кем направлен.	
3. Оформить в истории жалобы пациента.	
4. Оформить в истории анамнез заболевания со слов больного.	
5. Оформить в истории анамнез заболевания со слов родственников (указать, кого конкретно).	
6. Описать соматическое состояние.	
7. Описать неврологическое состояние.	
8. Описать психическое состояние.	
9. Выставить предварительный диагноз.	
10. Составить схему обследования и лечения.	

7. Продемонстрируйте алгоритм фиксации пациента (УК-2, ПК-6).

Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1. Оценить настоящее состояние пациента и диагностировать состояние, являющее показанием для проведения	

фиксации	
2. Произвести выбор форм и средств фиксации в конкретной клинической ситуации с учетом противопоказаний в зависимости от коморбидных соматических и/или неврологических расстройств	
3. Проинструктировать средний медицинский персонал о назначенной процедуре	
4. Проконтролировать технику фиксации пациента средним медицинским персоналом	
5. При сложностях – уметь провести процедуру самостоятельно	
6. Продемонстрировать навык динамического наблюдения после фиксации	
7. Перечислить осложнения, возможные при фиксации (пролежни, пережатие сосудов и нервов и др.)	
8. Перечислить способы профилактики осложнений фиксации	
9. Проинструктировать средний медицинский персонал об особенностях наблюдения и ухода за фиксированным пациентом	
10. Надлежащим образом оформить запись в истории болезни	

8. Продемонстрируйте алгоритм купирования абстинентного синдрома (УК-2, ПК-6).

Действия или параметр выполнения профессиональной деятельности	Показатель обучающегося по 5-ти балльной системе
1. Оценить настоящее состояние пациента и диагностировать состояние синдрома отмены	
2. Произвести выбор лекарственных препаратов в конкретной клинической ситуации с учетом противопоказаний в зависимости от коморбидных соматических и/или неврологических расстройств	
3. Рассчитать дозировку препарата/препаратов	
4. Определить оптимальный путь/пути введения	
5. Проинструктировать средний медицинский персонал о назначенном лечении	
6. Проконтролировать технику введения лекарственного средства средним медицинским персоналом	
7. При сложностях – уметь провести процедуру самостоятельно	
8. Продемонстрировать навык динамического наблюдения после введения препаратов, знание критериев и предполагаемого срока купирования синдрома отмены, тактику в случае неэффективности действий	
9. Перечислить возможные осложнения синдрома отмены, способы их профилактики	
10. Надлежащим образом оформить запись в истории болезни	

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Ивановская государственная медицинская академия»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Приложение 2**

**к рабочей программе практики  
«Производственная (клиническая)  
практика – базовая часть»**

**Индивидуальное задание для выполнения в период прохождения практики  
«Производственная (клиническая) практика – базовая часть»**

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Направление подготовки: 31.08.21 Психиатрия-наркология

Квалификация выпускника: Врач-психиатр-нарколог

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б2.Б2

**Индивидуальное задание для выполнения в период прохождения практики  
«Производственная (клиническая) практика – базовая часть»**

Ординатор \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. ординатора

Специальность \_\_\_\_\_

Кафедра \_\_\_\_\_

Руководитель практики \_\_\_\_\_  
(должность, кафедра, Ф.И.О. руководителя)

**Перечень специальных практических навыков**

№	Наименование навыка	Количество
1.	Методика клинического исследования наркологических больных	
2.	Недобровольная госпитализация в наркологический стационар.	
3.	Психофармакотерапия.	
4.	Коррекция невротических и соматических побочных эффектов психофармакотерапии	
5.	Купирование психомоторного возбуждения.	
6.	Проведение дегидратационной и рассасывающей терапии	
7.	Психологические методы исследования	
8.	Параклинические методы исследования.	
9.	Составление индивидуальных программ психосоциальной реабилитации больных.	
10.	Коррекция расстройств сна.	
11.	Фитотерапия пограничных наркологических расстройств.	
12.	Активная амбулаторная терапия наркологических расстройств.	
13.	Поддерживающая амбулаторная терапия наркологических расстройств.	
14.	Купирование алкогольного делирия.	
15.	Купирование алкогольной абстиненции и тяжелой интоксикации.	
16.	Купирование абстиненции и острой интоксикации при синдромах зависимостей от других ПАВ.	
17.	Экспертиза временной нетрудоспособности наркологических больных.	
18.	Первичная экспертиза через ВК с представлением больного на МСЭК.	
19.	Определение профессиональных ограничений наркологических больных	
20.	Оформление медицинской документации	

Руководитель практики \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись руководителя) Ф.И.О.

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Ивановская государственная медицинская академия»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Институт последипломного образования**

**Приложение 1  
к рабочей программе практики**

**Оценочные средства и методические материалы  
для проведения промежуточной аттестации по практике  
«Производственная (клиническая) практика – базовая часть»**

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Направление подготовки: **31.08.21 Психиатрия-наркология**

Квалификация выпускника: **врач – психиатр-нарколог**

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б2.Б2

# 1. Паспорт ОС по практике «Производственная (клиническая) практика – базовая часть»

## 1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	1- 2 год обучения
УК-2	готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	1- 2 год обучения
ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	1- 2 год обучения
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения	1- 2 год обучения
ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	1- 2 год обучения
ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов с психическими и поведенческими расстройствами, обусловленными употреблением психоактивных веществ	1- 2 год обучения
ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации	1- 2 год обучения
ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	1- 2 год обучения
ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	1- 2 год обучения

## 1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
1.	УК-1	<b>Знает:</b> - методологию диагноза <b>Умеет:</b> - анализировать и интерпретировать результаты клинических методов диагностики для диагностики заболеваний и контроля за эффективностью проводимого лечения	1. Ситуационные задачи	Зачет с оценкой, 1, 2, 3 и 4 семестры

2.	УК-2	<p><b>Знает:</b> этику и деонтологию врача</p> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- управлять коллективом;</li> <li>- общаться с коллегами и больными независимо от их социальных, этнических конфессиональных и культурных различий</li> </ul>	1. Ситуационные задачи	Зачет с оценкой, 1, 2, 3 и 4 семестры
3.	ПК-1	<p><b>Знает:</b> основные мероприятия, направленные на сохранение и укрепление здоровья</p> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- составить план мероприятий по формированию здорового образа жизни</li> <li>- составить план мероприятий по предупреждению возникновения и (или) распространения заболеваний</li> <li>- обеспечить раннюю диагностику заболеваний</li> </ul>	1. Дневник практики 2. Ситуационные задачи	Зачет с оценкой, 1, 2, 3 и 4 семестры
4.	ПК-2	<p><b>Знает:</b> организационные аспекты проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации</p> <p><b>Умеет:</b> проводить профилактические медицинские осмотры, осуществлять диспансерное наблюдение</p> <p><b>Владеет:</b> методами клинического обследования пациента</p>	1. Дневник практики 2. Ситуационные задачи	Зачет с оценкой, 1, 2, 3 и 4 семестры
5.	ПК-5	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- основные патологические состояния, симптомы и синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- провести квалифицированную диагностику заболеваний на основе данных клинического обследования;</li> <li>- провести квалифицированную диагностику заболеваний на основе данных дополнительных инструментальных и лабораторных методов обследования;</li> <li>- сформулировать клинический диагноз в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;</li> </ul> <p><b>Владеет</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- методами диагностики патологических состояний при использовании результатов клинических и дополнительных методов исследования;</li> </ul>	1. Дневник практики 2. Ситуационные задачи	Зачет с оценкой, 1, 2, 3 и 4 семестры
6.	ПК-6	<p><b>Знает:</b> основные порядки и стандарты ведения и лечения пациентов с психическими и поведенческими расстройствами, обусловленными употреблением психоактивных веществ</p> <p><b>Умеет:</b> использовать необходимые методы для ведения и лечения пациентов с психическими и поведенческими расстройствами, обусловленными употреблением психоактивных веществ</p>	1. Дневник практики 2. Ситуационные задачи	Зачет с оценкой, 1, 2, 3 и 4 семестры

		<b>Владеет:</b> навыком составления плана ведения и лечения пациентов с психическими и поведенческими расстройствами, обусловленными употреблением психоактивных веществ		
7.	ПК-8	<b>Знает:</b> показания и противопоказания к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации <b>Умеет:</b> составить план медицинской реабилитации пациента с использованием природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов	1. Дневник практики 2. Ситуационные задачи	Зачет с оценкой, 1, 2, 3 и 4 семестры
8.	ПК-9	<b>Знает:</b> принципы первичной и вторичной профилактики заболеваний <b>Умеет:</b> составить план первичной и/или вторичной профилактики пациенту	1. Ситуационные задачи	Зачет с оценкой, 1, 2, 3 и 4 семестры
9.	ПК-10	<b>Знает:</b> - основы законодательства о здравоохранении и основные документы, определяющие деятельность лечебного учреждения; - общие вопросы деятельности лечебного учреждения в условиях страховой медицины; - принципы медицинской статистики, учета и анализа основных показателей деятельности лечебного учреждения; <b>Умеет:</b> - проводить экспертизу временной утраты трудоспособности <b>Владеет:</b> оформлением учетно-отчетной документации в лечебном учреждении	1. Ситуационные задачи	Зачет с оценкой, 1, 2, 3 и 4 семестры

## 2. Оценочные средства

### 2.1. Оценочное средство: дневник практики

#### 2.1.1. Содержание

Во время аттестации по итогам производственной практики проверяется документация, оформленная студентом:

Дневник производственной практики (ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8) оформляется в соответствии с требованиями Положения об организации проведения практики обучающихся по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры

#### 2.1.2. Критерии и шкала оценки

Оценка «отлично» выставляется в случае правильного оформления всех разделов дневника, достаточного объема проведенной работы, выполнения необходимых манипуляций, правильного изложения клинических данных, грамотных формулировок клинических диагнозов, назначения больным адекватной терапии, наличия оформленной характеристики базового руководителя с оценкой «отлично» результатов работы.

Оценка «хорошо» выставляется при наличии оформленных разделов дневника, достаточного объема проведенной работы, выполнения достаточного объема манипуляций, правильного изложения клинических данных, несущественных ошибках при формулировке клинических

диагнозов, назначения больным адекватной терапии, наличия оформленной характеристики базового руководителя с оценкой «отлично» или «хорошо» результатов работы.

Оценка «удовлетворительно» выставляется при наличии ошибок при изложении основных разделов, недостаточного объема выполненных манипуляций, ошибок при формулировке клинических диагнозов, наличия оформленной характеристики базового руководителя с положительной оценкой результатов работы.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется при полном несоблюдении схемы оформления дневника, неадекватном изложении основных разделов, отсутствии некоторых разделов, неправильных формулировках клинического диагноза, неадекватном и необоснованном назначении лекарственных препаратов, отсутствия характеристики базового руководителя или при наличии оформленной характеристики базового руководителя с отрицательной оценкой результатов работы.

### **2.1.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания:**

Преподаватель проверяет основные разделы дневника, при необходимости, задавая вопросы по клиническим случаям, формулировкам диагнозов, лечению. Ординатор комментирует записи, сделанные в «Дневнике производственной практики». Оценивается правильность оформления обязательных разделов дневника, оформления клинических диагнозов, объем выполненных навыков.

## **2.2. Оценочное средство: комплект ситуационных задач.**

### **2.2.1. Содержание**

Аттестация по практическим навыкам проводится на ситуационных задачах и представляет собой проверку навыков клинического мышления (оценка результатов физикального обследования, интерпретация данных лабораторных и инструментальных методов обследования, оформление клинического диагноза, определения тактики ведения и лечения пациента).

#### *Пример ситуационной задачи:*

Больной В., 53-х лет, водитель автобуса, живёт в посёлке. Отец злоупотреблял алкоголем. В детстве развивался правильно, получил среднее образование, отслужил в армии, много лет работает шофёром. Женат, имеет дочь. Серьёзных заболеваний, травм головы не было. Всегда был человеком вспыльчивым, неуравновешенным, легко дающим аффективные реакции. Отношения в семье с самого начала складывались неровно. Жена характеризует его как человека эгоистичного, заботящегося преимущественно о себе, дочерью и заботами семьи интересовался мало. Когда жена ему противоречила, легко начинал срываться, скандалить. Последние годы отношения в семье были формальными. Жена отмечает пренебрежительный тон в свой адрес, нередкие попытки унижить её. Сам больной считает, что жена упрямая и недалёкая женщина с тяжёлым характером. Сексуальные отношения складывались негармонично. Нарушений в этой сфере у больного не было, был достаточно активен, но заботился только о своём удовлетворении. Жена с такой ситуацией смирилась.

Всегда был общителен, ценил мужской коллектив, все вечера после работы проводил в компании сослуживцев в гараже, там занимал лидирующее положение, был в центре внимания. Имел репутацию острого слова, шутил, рассказывал анекдоты, истории. Пользовался уважением, о нём говорили: «...такого мужика, как наш Петрович, поискать. С ним и в театр ходить не нужно...». При таких встречах традиционными были выпивки. Больной объясняет, что пил для расслабления после рабочего дня, но главным образом - для поддержания компании, «полёта фантазии и куража». Последние годы отмечает, что уже с утра предвкушал вечерние встречи, приём алкоголя, испытывал при этом воодушевление и радость, торопил время. Количество выпитого постепенно увеличилось до 0,5 - 0,75 литра водки, к концу опьянения все чаще становился раздражительным и недовольным, особенно усиливались эти чувства к моменту возвращения домой. По утрам стал испытывать дискомфорт, дурноту, «чувство заболевания всего организма, разлом, неуверенность в руках». Начал опохмеляться, использовал различные ухищрения, чтобы пройти предрейсовый

контроль. Несколько раз не допускался до работы. Начались конфликты с руководством предприятия. В конце концов ему поставили условие: пролечиться и прекратить выпивки. В противном случае обещали уволить. К угрозе отнесся серьезно, так как работой и коллективом дорожил, понимал, что по специальности работу в посёлке не найдёт. Съездил в областной центр, где «закодировался» у частного нарколога. Настроился на трезвость, три месяца не выпивал.

С начала периода трезвости чувствовал себя «не в своей тарелке». На вечерние встречи в гараже ходить перестал, так как боялся момента, когда ему предложат выпить, а он вынужден будет отказаться. Опасался насмешек и потери авторитета, считал, что трезвость унизит его в глазах приятелей. Появилось много свободного времени по вечерам. Проводил его дома с семьей. Обнаружил, что и жена и дочь отделились от него, дочь стала дерзить, не достаточно уважала. Жена справлялась с домашними делами без его участия. Ощущал себя неприкаянным, не знал, чем заняться и как «убить» время. Срывал досаду и раздражение на жене и дочери. Во время сексуального контакта с женой неожиданно для больного не было полноценной эрекции, «кое-как довёл дело до конца». Жена ничего ему не сказала, но почувствовал, что она злорадствует. С этого момента стал испытывать страх перед половыми контактами, был напряжён, неуверен, проблемы с эрекцией сохранялись. С ужасом думал, что упал в глазах жены, и ей теперь ничего не стоит «морально его раздавить». Стал уклоняться от близости с женой, ближе к вечеру провоцировал скандалы. Настроение стало сниженным, испытывал чувство подавленности, тревогу, «потерял себя». Появилась слабость, неуверенность, мысли, что может не справиться с управлением автобусом, совершит аварию. Плохо засыпал, спал беспокойно, иногда снились кошмарные сновидения. Пропал аппетит, похудел на 2 килограмма, осунулся. Чувствовал, что с ним «что-то неладное». Обратился на приём к невропатологу ЦРБ, который диагностировал начальные явления церебрального атеросклероза.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

### **2.2.2. Критерии и шкала оценки**

Оценка «отлично» выставляется в случае грамотного анализа выявленных симптомов и синдромов, формулирования предварительного диагноза, составления адекватного и обоснованного плана обследования пациента, грамотной оценки результатов дополнительных методов обследования, правильной формулировки клинического диагноза в соответствии с современными классификациями, обоснованного и адекватного назначения средств медикаментозной и немедикаментозной терапии.

Оценка «хорошо» выставляется в случае проведения анализа основных симптомов и синдромов, формулирования предварительного диагноза основного заболевания, составления адекватного плана обследования пациента, проведения оценки результатов дополнительных методов обследования, правильной формулировки клинического диагноза без полной детализации, адекватного назначения средств медикаментозной и немедикаментозной терапии.

Оценка «удовлетворительно» выставляется в случае простого перечисления выявленных симптомов и синдромов, определения основной нозологической формы, перечисления методов

обследования пациента и их оценки, краткой формулировки клинического диагноза, перечисления средств медикаментозной и немедикаментозной терапии.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется в случае отсутствия формулировок симптомов и синдромов, неадекватного определения нозологической формы, невозможности составить план обследования и оценить полученные результаты дополнительных методов обследования, отсутствии правильной формулировки клинического диагноза.

### **2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания:**

Оценка практических навыков осуществляется на базах производственной практики в ходе выполнения заданий к клинической ситуации. Оценивается каждое задание по 5-бальной системе.

### **3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине**

Итоговая оценка на зачете по производственной практике формируется как среднее арифметическое оценок за два этапа. И выставляется в 5-бальной системе в дневник производственной практики, зачетную ведомость и зачетную книжку ординатора.

## **СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ**

№1

Больной Б. 54 лет, строитель, житель районного центра.

В областную психиатрическую больницу поступил впервые с жалобами на пониженный фон настроения, слабость, вялость, утомляемость, головные боли, снижение памяти, ухудшение сообразительности.

Мать страдала психическими расстройствами в возрасте 65 лет покончила с собой. Завершённый суицид совершили дед и его брат по материнской линии. Родился здоровым, развивался соответственно возрасту, хорошо адаптировался, окончил 9 классов общеобразовательной школы, в 13-летнем возрасте началось состояние, которое продолжалось около двух лет и характеризовалось болями в животе, слабостью. Был пониженный фон настроения, чувство безрадостности. В связи с плохим самочувствием перестал посещать школу. Был ипохондричен, лечился у педиатров по поводу какого-то заболевания желудочно-кишечного тракта. (Медицинская документация не сохранилась.) Хотя впоследствии чувствовал себя здоровым, был признан негодным к службе в армии по соматическому заболеванию. Работал столяром. Справлялся. Пользовался уважением на работе, был спокойным, уверенным в себе человеком. Состоял в браке, имеет двоих взрослых детей, жена злоупотребляла алкоголем, 3 года назад пропала без вести.

На протяжении многих лет часто употреблял алкоголь – до нескольких раз в неделю или запоев по 2-3 дня. Толерантность выросла до 1 бутылки водки в день, сформировался алкогольный абстинентный синдром. Около 5-ти лет алкоголизацию полностью прекратил в связи с головными болями.

Несколько лет страдает гипертонической болезнью, церебральным атеросклерозом. На протяжении последних трёх лет беспокоят боли в области промежности, обследовался у уролога, патологии не выявлено. Испытывает тревогу, мысли о заболевании раком. Наблюдается слабость, утомляемость, головные боли и головокружения. Снизилась концентрация внимания, сообразительность, память. Перестал справляться с работой. Стал неуверенным, переживал свою несостоятельность, снизился аппетит, наблюдалась повышенная сонливость. Лечился в региональной психиатрической больнице с диагнозом: субдепрессивно-ипохондрический синдром с незначительным снижением личности сосудистого генеза. Проводилась терапия антидепрессантами, ноотропами, вазоактивными препаратами. Эффекта не было.

В отделении медлителей, лицо грустное, считает себя больным, не трудоспособным. Описывает потерю интереса к окружающему, «хотя должен бы беспокоиться о детях и внуках».

Данные психологического исследования. Ограниченный объём внимания, затруднено его переключение, снижен процесс запоминания, психическим процессам свойственна инертность, заторможенность. Интеллектуальные способности невысокие, но грубого снижения нет. Прослеживаются элементы установочного поведения, стремление показать своё интеллектуально-мнестическую несостоятельность.

Заключение терапевта: гипертоническая болезнь.

Заключение невролога: Дисциркуляторная энцефалопатия, 2ст.

Данные компьютерной томографии мозга: выявлены признаки атрофического поражения мозга.

*Выполните задания:*

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

Больной К., 32 лет, охранник колледжа. Поступил в психиатрическую больницу 2-й раз. Отец злоупотреблял алкоголем. Родился здоровым, развивался соответственно возрасту. Окончил общеобразовательную школу, автотранспортный колледж, работает там же охранником. Справляется. Успешно отслужил в армии. 10 лет состоит в браке. Отношения ровные, имеет ребенка. Занимается восточными единоборствами. Спокойный, уравновешенный, общительный. Последние годы выпивал до нескольких раз в неделю, иногда по 2-3 дня подряд. Чаще пиво в больших количествах, реже водку. Толерантность до 0,5 литра водки в день, снизился количественный контроль. Появились похмельные состояния в виде потливости, сердцебиений, болей в сердце, пониженного настроения.

Полгода назад у больного неожиданно для него, внезапно умер отец. Тяжело переживал эту смерть, настроение было сниженным, но старался «крепиться». Стал интересоваться мистической литературой, в том числе о загробной жизни, стал религиозным, посещал церковь. Настроение было стойко сниженным. Через 40 дней возникла тревога. А затем периоды подавленности стали сменяться периодами экзальтации с восторгом и «любовью к ближним».

Всё чаще думал о том, что он грешник и должен очистить себя от грехов. На кисти была давняя татуировка с изображением чертёнка, стал думать о том, что это отражает наличие в нем «дьявольского начала». Заметив полученные во время тренировки синяки на теле, расценил их как следствие «порчи». Однажды во время посещения церкви у больного внезапно возникло приятное восторженное состояние, которое он назвал «трансом». Видел как лучи от горящих свечей взметнулись вверх и образовали над ним купол, заметил, что «бабушки в церкви» молились на него. Стал думать, что Бог обратил на него внимание, в душе у него что-то открылось. Появилась мысль, что он необычный человек, отмеченный богом. Периоды восторженности сменялись периодами пониженного настроения с чувством греховности. Отмечал плохой сон, боли в сердце, снижение аппетита («как при похмелье»). Чтобы «изгнать из себя дьявола», выжечь татуировку, жёг кисти рук на батарее. Получил тяжёлые ожоги. Был в экстренном порядке госпитализирован в психиатрическую больницу. При поступлении несколько дней был напряжён, тревожен, негативистичен. Не отвечал на вопросы.

Терапевт и невролог патологии не выявили. При психологическом исследовании нарушений психических функций не обнаружено.

После лечения нейролептиками и антидепрессантами стал спокоен, настроение выровнялось. С критикой рассказал о болезненных переживаниях. Был выписан домой.

Дома чувствовал себя хорошо 4 дня, перестал принимать лекарства. Затем стал подолгу застывать, пристально смотрел на электрическую лампочку, не разговаривал с родными. Был повторно госпитализирован. В отделении был то возбужден, то застывал, много резонерствовал, рассуждал о «добре и зле». Замечал, что в отделении разыгрываются необычные события, как спектакль, все подстроено, исполнено особого значения.

Было переживание «как во сне», когда с другом «путешествовал в космосе». Описывал устройство космического корабля.

После лечения нейролептиками стал вялым, пассивным. Формально отвечает на вопросы, с частичной критикой оценивает свои переживания.

#### Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

Больная Л., 43 лет, живёт в районном городе, безработная. Поступила в психиатрическую больницу повторно.

У ряда родственников были какие-то психические нарушения. Росла и развивалась правильно, окончила общеобразовательную школу, рано начала встречаться с мужчинами, отношения были поверхностными, вела беспорядочную половую жизнь. Родила дочь, которую воспитывали ее родители. С 16 лет начала употреблять алкоголь, употребление очень быстро стало постоянным, сформировался абстинентный синдром, выросла толерантность. Дважды лечилась у наркологов без эффекта. В состоянии алкогольного опьянения убила мужчину, два года скрывалась от милиции. В этот период замечала милицейские машины на улице, которые следили за ней, «устала от ситуации». Была задержана, проходила СПЭ, признавалась виновной, 7 лет провела в местах лишения свободы, там хорошо адаптировалась, пользовалась послаблениями режима. Дважды лечилась у психиатра медсанчасти после смерти родственников. Жаловалась на усиление раздражительности, агрессивность, злобность, желание ударить кого-нибудь.

После освобождения по её словам, прекратила употребление алкоголя, изредка пила пиво. Общалась с группой наркоманов, хотя сама наркотики не употребляла, они склоняли её к продаже квартиры. Жила вместе с дочерью. Начались конфликты. Дочь в состоянии алкогольного опьянения пригрозила больной убийством. Стала раздражительна, плохо спала, читала книги «про убийства», боялась, что «выстрелят в дверь». Сама обратилась к психиатрам с просьбой о госпитализации. В отделении рассказывала о том, что ранее замечала преследование и опасность со стороны мужчины, что это послужило причиной совершенного ею убийства. Говорила о желании самой убить дочь, чтобы «опередить её». С момента поступления была спокойна, высокомерно и пренебрежительно вела себя с больными, подчёркивала, что у неё молодежавый вид, хорошая фигура. Затем призналась, что «придумала» симптоматику, чтобы уйти от конфликтной ситуации дома.

Невролог определял признаки хронической алкогольной интоксикации.

Настояла на выписке, узнав, что дочь продала часть вещей и собирается уезжать в Москву.

После выписки переехала в Ивановскую область, вышла замуж, за мужчину моложе себя на 24 года. Жила в его квартире и за его счёт, свою квартиру сдавала квартирантам. Не работала, была довольна жизнью. Имела 3 беременности, которые закончились абортами, около полугода нарушения менструального цикла. Полгода назад муж разорвал отношения с ней, выгнал из квартиры. Уехала к дочери, но с ней не смогла ужиться, вернулась домой, попыталась выселить квартирантов, но с ними также возник конфликт. Обратилась к психиатру с жалобами на плохое настроение, «голоса» неприятного содержания, под влиянием которых совершала нелепые поступки (поездка в Москву и обратно без цели), страх, замечаемом ею преследовании. Была повторно госпитализирована в психиатрическую больницу.

В отделение поступила в пониженном настроении, первое время продолжала говорить о наличии психических расстройств, поведение не соответствовало описываемой симптоматике. В отделении пыталась лидировать, в палате командовала больными, выражала недовольство помещением в палату неприятных ей больных. Ударила больную..

При беседе говорит, что была больна, при этом «голоса» описывает схематично, о «преследовании» говорит вскользь, мало убедительно, настроение ровное. Сказала, что за время пребывания в стационаре продумала, как ей жить дальше, планы реальные. Настроение ровное. Выразила желание продолжить лечение, просит отпустить её в длительный пробный отпуск для устройства личных дел.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).

5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

#### №4.

Больной В., 53-х лет, водитель автобуса, живёт в посёлке. Отец злоупотреблял алкоголем. В детстве развивался правильно, получил среднее образование, отслужил в армии, много лет работает шофёром. Женат, имеет дочь. Серьёзных заболеваний, травм головы не было. Всегда был человеком вспыльчивым, неуравновешенным, легко дающим аффективные реакции. Отношения в семье с самого начала складывались неровно. Жена характеризует его как человека эгоистичного, заботящегося преимущественно о себе, дочерью и заботами семьи интересовался мало. Когда жена ему противоречила, легко начинал срываться, скандалить. Последние годы отношения в семье были формальными. Жена отмечает пренебрежительный тон в свой адрес, нередкие попытки унижить её. Сам больной считает, что жена упрямая и недалёкая женщина с тяжёлым характером. Сексуальные отношения складывались негармонично. Нарушений в этой сфере у больного не было, был достаточно активен, но заботился только о своём удовлетворении. Жена с такой ситуацией смирилась.

Всегда был общителен, ценил мужской коллектив, все вечера после работы проводил в компании сослуживцев в гараже, там занимал лидирующее положение, был в центре внимания. Имел репутацию остролова, шутил, рассказывал анекдоты, истории. Пользовался уважением, о нём говорили: «...такого мужика, как наш Петрович, поискать. С ним и в театр ходить не нужно...». При таких встречах традиционными были выпивки. Больной объясняет, что пил для расслабления после рабочего дня, но главным образом - для поддержания компании, «полёта фантазии и куража». Последние годы отмечает, что уже с утра предвкушал вечерние встречи, приём алкоголя, испытывал при этом воодушевление и радость, торопил время. Количество выпитого постепенно увеличилось до 0,5 - 0,75 литра водки, к концу опьянения все чаще становился раздражительным и недовольным, особенно усиливались эти чувства к моменту возвращения домой. По утрам стал испытывать дискомфорт, дурноту, «чувство заболевания всего организма, разлом, неуверенность в руках». Начал опохмеляться, использовал различные ухищрения, чтобы пройти предрейсовый контроль. Несколько раз не допускался до работы. Начались конфликты с руководством предприятия. В конце концов ему поставили условие: пролечиться и прекратить выпивки. В противном случае обещали уволить. К угрозе отнесся серьезно, так как работой и коллективом дорожил, понимал, что по специальности работу в посёлке не найдёт. Съездил в областной центр, где «закодировался» у частного нарколога. Настроился на трезвость, три месяца не выпивал.

С начала периода трезвости чувствовал себя «не в своей тарелке». На вечерние встречи в гараже ходить перестал, так как боялся момента, когда ему предложат выпить, а он вынужден будет отказаться. Опасался насмешек и потери авторитета, считал, что трезвость унижит его в глазах приятелей. Появилось много свободного времени по вечерам. Проводил его дома с семьей. Обнаружил, что и жена и дочь отдалились от него, дочь стала дерзить, не достаточно уважала. Жена справлялась с домашними делами без его участия. Ощущал себя неприкаянным, не знал, чем заняться и как «убить» время. Срывал досаду и раздражение на жене и дочери. Во время сексуального контакта с женой неожиданно для больного не было полноценной эрекции, «кое-как довёл дело до конца». Жена ничего ему не сказала, но почувствовал, что она злорадствует. С этого момента стал испытывать страх перед половыми контактами, был напряжён, неуверен, проблемы с эрекцией сохранялись. С ужасом думал, что упал в глазах жены, и ей теперь ничего не стоит «морально его раздавить». Стал уклоняться от близости с женой, ближе к вечеру провоцировал скандалы. Настроение стало сниженным, испытывал чувство подавленности, тревогу, «потерял себя». Появилась слабость, неуверенность, мысли, что может не справиться с управлением автобусом, совершит аварию. Плохо засыпал, спал беспокойно, иногда снились кошмарные

сновидения. Пропал аппетит, похудел на 2 килограмма, осунулся. Чувствовал, что с ним «что-то неладное». Обратился на приём к невропатологу ЦРБ, который диагностировал начальные явления церебрального атеросклероза.

*Выполните задания:*

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

#### № 5.

Больная Л., 28 лет, инвалид 2 группы по хирургическому заболеванию. Родилась в двойне, брат страдает эпилепсией, инвалид с детства. Росла возбудимой, лживой, упрямой. В школе училась плохо, ленилась, интереса к занятиям не было, не имела и других интересов. Близких подруг не имела. Из 9 класса была отчислена в связи с неуспеваемостью. 10 лет не работала, жила с матерью и братом. В течение всей жизни была к матери очень привязана. Несколько лет назад родные устроили её гладильщицей в баню, через 5 дней работы попала правой рукой в гладильную машину, получила тяжёлую травму кисти, лечилась у хирургов. Все эти годы «вела разгульный образ жизни». Устраивала дома пьянки, собирала на них случайных и малознакомых людей. Мать (соматически больную и беспомощную женщину) и брата запирала на это время в комнате. Соседи несколько раз вызывали милицию в связи с шумом и скандалами. Пила запоями по несколько дней, опохмелялась, пропивала пенсию. Часто находилась в состоянии выраженного алкогольного опьянения. Дома обслуживала себя полностью. Имела многочисленные сексуальные связи случайного характера в состоянии опьянения.

3 месяца назад у матери резко ухудшилось состояние, у больной в это время был запой и мать госпитализировали спустя несколько дней. После этого стала тревожной, звонила родным, спрашивала, «правда ли, что она убила мать», «правда ли, что она заразилась сифилисом», угрожала взорвать квартиру. Говорила, что хочет «уйти вместе с матерью. «Была возбуждена, разбила дома окна, открыла газовые краны, все залила воспламеняющимися жидкостями, подожгла, в квартире начался пожар. Нанесла себе несколько поверхностных ножевых ранений в живот. Когда приехали пожарные и милиция, сидела в комнате с растерянным видом, односложно отвечала на вопросы. Была госпитализирована в хирургическое отделение, где вела себя неадекватно. Ни с кем не общалась, разговаривала сама с собой. В больнице узнала о смерти матери, на похоронах не была. После выписки дома испытывала страх, не могла оставаться одна, слышала вокруг голоса родственников, угрозы, комментирование её действий. Ощущала присутствие матери в квартире. Постепенно голосов становилось больше, они «ругали и хвалили её», стала замечать, что люди на улице следят за ней, «хотят сделать что-то нехорошее», считала, что за ней ведётся слежка дома, кто-то знает её мысли, раздражали телевизор и холодильник, ощущала неопределённое воздействие «от электричества». В связи с таким состоянием была госпитализирована. При поступлении была возбуждена, говорила, что «лучом считывают мысли». В отделении около месяца сохранялось ощущение неопределённого воздействия, «голоса», ощущала тревогу и неприятные предчувствия.

Соматической и неврологической патологии выявлено не было.

ЭЭГ и Эхо-ЭГ без патологии.

Психолог определил лёгкое ослабление внимания и снижение продуктивности мнестической функции.

После терапии нейролептиками и антидепрессантами симптоматика купировалась, относилась к переживаниям с формальной критикой. Была выписана домой.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 6.

Больной Н., 17 лет. Отец страдал алкоголизмом, умер от алкогольной интоксикации. Родился здоровым, рос послушным, покладистым, уравновешенным, добрым, но легко попадал под влияние, чаще отрицательное, своих друзей. В школе до 5 класса учился хорошо, но затем успеваемость снизилась. Поступил в ПТУ, там в возрасте 15 лет в компании сверстников пристрастился к вдыханию паров бензина. Мать сразу это заметила, принимала профилактические меры, но всё было напрасно. Вдыхал ежедневно в течении недели, потом делал перерыв на 2 дня и вновь неделями вдыхал. Занятия в ПТУ прогуливал, потому был вскоре отчислен. Находился на стационарном лечении в наркологическом отделении для подростков, оттуда сбежал через две недели, продолжал интенсивно вдыхать пары бензина, под их воздействием смотрел «мультимики», общался с голосами знакомых. Через полгода вновь был госпитализирован в подростковое наркологическое отделение. Находился там два месяца. Был выписан вялым, бездеятельным, сидел бесцельно на одном месте, ничем не занимался, плохо спал, часами смотрел в одну точку, улыбался, иногда громко смеялся без причины, стал разговаривать сам с собой. Был направлен на стационарное лечение в психиатрическую больницу. В отделении также был вял, безразличен к ситуации, не заинтересован в происходящем. Заторможен, погружён в себя. Мимика очень бедная, речь монотонная, невыразительная. Все вопросы врача понимает, отвечает после пауз. Без смущения рассказывал о вдыхании паров бензина, о том, что делал это сразу после выписки из наркологического отделения, в отсутствие матери дома. Мышление конкретное, замедленное по темпу. В отделении не спал ночи, был неряшлив, походка шаткая, плохо осмыслял инструкции. Был одинок, часто застывшим взглядом смотрел на потолок и стены, что-то на них видел, слышал голоса из вентиляционных решёток, разговаривал с ними смеялся. Настроение было сниженным, эмоции маловыразительные, однообразные.

Неврологом диагностирована: Токсическая энцефалопатия на фоне перинатального поражения ЦНС.

При патопсихологическом исследовании выявлены нарушения динамики мышления—заторможенность, обстоятельность, вязкость, внимание переключается с трудом, мал его объём, снижена концентрация. Ограничена продуктивность кратковременной памяти. Интеллект низкий, снижены критические способности.

На ЭЭГ – дисфункция восходящих активирующих неспецифических срединных структур головного мозга.

Получил мощную дезинтоксикационную, дегидратационную терапию, нейролептики, ноотропы, сосудистые препараты. Однако продолжал оставаться бездеятельным, испытывал постоянные истинные слуховые галлюцинации, под влиянием голосов совершал нелепые поступки: прижигал себе ладони сигаретами, куда-то бежал, по особому болтал ногамит и так далее. Был для продолжения лечения переведен в наркологический стационар. После выписки из этого стационара самостоятельно прекратил вдыхать пары бензина, оставался пассивным, подолгу сидел в одной

позе. Не работал, не учился, всё время сидел дома, ни с кем не общался. Несколько месяцев находился дома, затем вновь был госпитализирован в психиатрический стационар. При поступлении был напряжён, возбуждён, не отвечал на вопросы. На другой день стал добродушным, несколько эйфоричным, рассказал, что слышит голоса, которые приказывают «бегать голым по огороду», голоса стали звучать внутри головы, видел кем-то сделанные изображения на стенах. Какая-то старуха читала его мысли, было чувство давления на ухо. Сообщил, что голоса сказали, что его будут «качать». На фоне терапии нейролептиками нового поколения симптоматика сохранялась длительное время, затем расстройства постепенно купировались, был выписан домой.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 7.

Больной Л., 43-х лет, прапорщик. В течение года находился в психиатрической больнице на принудительном лечении.

Наследственность не отягощена. Окончил медучилище, успешно служил в морской пехоте, работал медбратом. Последние годы служит фельдшером в воинской части. Был женат, от брака двое детей. 8 лет назад в течение месяца участвовал в боевых действиях в Чечне, тогда получил черепно-мозговую травму с потерей сознания, обстоятельств её не помнит, за помощью не обращался. Первое время беспокоил шум в голове, головные боли, потом всё прошло. 4 года назад несколько месяцев служил в Югославии, там получил письмо от друга с сообщением, что жена ему изменяет. С тех пор постоянно думал о неверности жены. Со службой справлялся хорошо, но в последние годы стал недисциплинированным, имел взыскания за употребление алкоголя, невыходы на работу. Стал вспыльчивым. Около 10 лет систематически злоупотребляет алкоголем, утратил количественный контроль, толерантность повысилась до 1 литра водки в день, часто возникали амнестические формы опьянения, в абстиненции тремор, бессонница, интенсивное влечение к спиртному. Из-за пьянства и скандалов в семье брак распался 3 года назад, но продолжал навещать жену, постоянно скандалил, ссорился, ревновал, надеялся восстановить семейные отношения. В течение 1,5 лет стал замечать изменившееся к нему отношение со стороны сослуживцев и окружающих, замечал на улице подозрительных людей, которые за ним следили, сослуживцы «со скрытой целью» расспрашивали о его жизни, выведывали, проверяли, считал, что начальство хочет лишить его обещанной квартиры. Устраивали ему провокации, специально на улице подсылали женщин, внешне похожих на жену, чтобы «подставить» его, проверить, не фиктивный ли у него брак. Несмотря на расторжение брака, продолжал ревновать жену, в качестве доказательств приводил такие «факты», как, например, позднее возвращение жены домой. Считал, что за всеми провокациями и слежками стоит жена. В состоянии алкогольного опьянения и похмелья эпизодически слышал невнятные мужские голоса, которые говорили о неверности жены, смеялись над ним. В состоянии опьянения, придя к жене, услышал мужской голос в её квартире, понял, что жена изменяет, нанёс ей два ножевых ранения в спину. Был привлечён к уголовной ответственности, признан невменяемым, около года находился в психиатрической больнице на принудительном лечении. В отделении был раздражителен, когда разговор касался значимых для него тем, мышление становилось вязким, обстоятельным, становился эмоционально напряжённым,

подробно рассказывал о ревности, преследовании. Был подозрителен, тревожен, говорил, что в отделении «подсадные утки», они «вывеживают», настороженно воспринимал визиты сослуживцев. Терапевтом диагностирована язвенная болезнь 12-перстной кишки вне обострения.

Заключение невролога: Токсическая и посттравматическая энцефалопатия.

После проведённой терапии болезненная симптоматика полностью купировалась. Влечение к алкоголю отрицал, строил реальные планы, собирался прекратить встречаться с прежней женой, неприязни к ней не испытывал. Из армии был комиссован. Принудительное лечение прекращено.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10)

## № 8

Больной Р., 36 лет. Отец злоупотреблял алкоголем. Мать здорова.

Родился в семье младшим из 3 детей. В детстве развивался соответственно возрасту. В школу пошёл с 7 лет. Учился хорошо. Окончил 10 классов и Московский геолого-разведочный институт. Работал по специальности. По характеру с детства отличался замкнутостью, мнительностью, трудно вступал в контакт с окружающими. Склонен к самоанализу. В школе и в институте был уважаем за высокое чувство ответственности за порученное дело. После окончания института рассчитывал работать в отдалённых районах страны в геологоразведочных партиях. Привлекала романтика. Видел себя «одиноким странником на природе». Но был распределён на работу в Ивановскую область. Был разочарован работой. В 1980 г. во время аварии получил травму головы и таза. В больнице от врачей узнал, что из-за травмы он не сможет иметь детей. Из-за этого понизилось настроение, испытывал тревогу, которую снимал приёмом алкоголя. В период лечения к нему проявила участие знакомая—коллега по работе. Женится на ней из чувства благодарности. В дальнейшем самочувствие было хорошим. Родился ребёнок. Последствий травмы головы не ощущал. Спиртное употреблял 1 раз в месяц. В возрасте 33 лет против своего желания, из чувства долга согласился занять руководящую должность. Испытывал большие затруднения, т.к. надо было общаться с людьми, поддерживать дисциплину. На собраниях не мог выступать, испытывал чувство растерянности. Поэтому уклонялся от выступлений, иногда уходил с собрания. Стал вновь злоупотреблять алкоголем. Быстро сформировалось тяжёлое абстинентное состояние с чувством страха, тревоги, раскаяния. Испытывал выраженное компульсивное влечение к алкоголю, в связи с чем «пропивал» зарплату, вещи из дома. Употреблял суррогаты. Пьянство запойное по 5-7 дней. Нарушились отношения с женой, которая всегда доминировала в семье, стремилась его «перевоспитать», часто унижая чувство его достоинства. Незадолго до госпитализации произошёл конфликт с одним из собутыльников, который стал ему угрожать. После окончания 7-дневного запоя на 3-й день стал слышать, как этот человек переговаривался за стеной в своей квартире с другими людьми о том, чтобы написать на него донос в милицию. Выглянув в окно, «увидел» мужиков, которые рубили прутья, чтобы его убить, из соседнего двора тянули трос, чтобы оборвать газовую трубу и взорвать его дом. Ходил к соседу «разбираться», был госпитализирован в психонаркологическое отделение. На фоне дезинтоксикации и введения реланиума галлюцинации быстро исчезли, стал спокойнее, поведение было упорядоченным. Однако критика к перенесённым психотическим расстройствам не восстановилась. Получал лечение соннапаксом, галоперидолом-деканоатом, фуразолидоном. После выписки жил у тёщи, т.к. боялся идти домой. Разубеждению

жены не поддавался, т.к. «верил только себе». По совету нарколога побеседовал с соседом и только тогда успокоился. Через месяц после выписки по настоянию больного амбулаторно была введена «торпеда». Отмечает, что вскоре обострилось влечение к алкоголю. Чтобы «нейтрализовать» лечение стал выпивать в небольших дозах. В дальнейшем развился тяжелый запой. По инициативе жены был госпитализирован, на отделении находился месяц. Активной психотической симптоматики не продуцировал. Поведение правильное. Осуждал себя за пьянство, отмечал, что употребление алкоголя обусловлено особенностями его характера. Это помогает общаться с людьми, снимает внутреннее напряжение. При обследовании психологом расстройств мышления не выявлено. Отмечались такие черты личности, как сентиментальность, чувствительность, плохо развиты навыки общения, не может раскрыть свой внутренний мир перед близкими. Склонен к фантазированию и пассивности. Из больницы выписался, не получив полного курса лечения в связи с производственной необходимостью.

Первое время чувствовал себя хорошо, однако вскоре вновь произошёл конфликт с тем же мужчиной, который в пьяном виде опять стал ему угрожать (факт угрозы подтверждён объективно). После этого появилась тревога, страх. Несколько раз на большом расстоянии «видел» своего преследователя, который следил за ним. Из-за этого уехал в деревню, где чувствовал себя несколько спокойнее. Чтобы снять тревогу возобновил выпивки, снова был госпитализирован. Первое время высказывал идеи преследования, был тревожен, настроение снижено. Вскоре на фоне лечения нейролептиками появилась критика к прежним высказываниям. При беседе на тему о преследовании смущался. Говорил о намерении вести трезвую жизнь, однако опасался, что активное лечение может повредить здоровью.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 9.

Больной Г., 29 лет, безработный.

Единственный ребёнок в семье. Родился, когда родители были уже немолодыми людьми. Практически с момента рождения был беспокойным, плохо спал, часто плакал. Серьёзных соматических заболеваний, травм головы не было. Родители баловали его, шалости прощали; когда ссорился с другими детьми или обижал их, всегда принимали его сторону. В школе учился легко, но к занятиям относился несерьёзно, без желания, уроков почти не готовил, имел много двоек, но всегда «в последний момент мобилизовывался» и за счёт способностей исправлял ситуацию. Рос подвижным, «был как ртуть», с трудом мог просидеть спокойно время урока. В дальнейшем любые занятия, требующие сосредоточенности и усилий, а также однообразные действия быстро надоедали, бросал их незаконченными, увлекался чем-то новым. В школе постоянно нарушал дисциплину, срывал уроки, выдумывал шутки и розыгрыши, которые иногда заканчивались неприятностями для участников. Мог сколоть булавкой подола платья у девочек и позвать одну из них, в результате платья рвались, мог сказать кому-нибудь, что у него дома случилось несчастье и так далее. Причём делал это не ради причинения вреда или со злости, а больше из любопытства и «ради смеха». Постоянно получал замечания и плохие отметки за поведение. Мало читал, но тем не менее много знал, мог легко поддержать разговор, быть остроумным. Легко знакомился, мог «очаровать» при первом впечатлении, но впоследствии окружающие разочаровывались в нём, так

как он легко нарушал данное слово, был необязателен, мог подвести в любом деле. При этом не испытывал угрызений совести и искренне недоумевал по поводу предъявляемых ему претензий. В армии не служил, так как в связи с плохими школьными характеристиками был освидетельствован в психиатрической больнице перед призывом и признан негодным к военной службе. После школы больше нигде не учился. Сменил несколько мест работы и рабочих специальностей. Начинать обычно успешно, легко овладевал навыками, но быстро «гас», терял интерес, халтурил и обычно ему предлагали уволиться по собственному желанию. Имел непродолжительные, случайные встречи с женщинами. Жил с матерью, отец несколько лет назад умер от инфаркта миокарда. Алкоголь впервые попробовал в 14 лет, 2-3 года выпивал изредка в компаниях, получал удовольствие не столько от действия алкоголя, сколько от факта выпивки. Постепенно стал выпивать чаще, «распробовал вкус божественного напитка», когда были деньги, пил дорогое вино и коньяк, если денег не было, мог пить самогон и дешёвую водку. Переносимость увеличилась до 300 гр водки или 500-600 гр вина, от большого количества болела голова. Через несколько лет выпивал по 5-6 дней подряд, по утрам испытывал физический дискомфорт, повышенную потливость, дрожь, желание «философствовать и публично каяться», опохмелялся. По настоянию матери несколько раз лечился в наркологическом стационаре, но эффекта не было. За три недели до последней госпитализации перестал спать, был возбуждённым, поссорился с соседом по дому (сотрудником милиции), утверждал, что сосед взломал его сарай, украл оттуда велосипед, подстраивает гадости, чтобы навредить ему и выжить из дома, испытывал страх, говорил, что сосед организовал за ним слежку, собирается «подставить» его, подбросить наркотики или что-нибудь ещё сделать. В связи с таким поведением был госпитализирован в наркологическое отделение. В стационаре тяготился обстановкой наблюдательной палаты, не сидел на месте, требовал расширения режима, так как хотел посмотреть телевизор и «размяться». Вовремя беседы со смехом рассказал, что придумал историю про слежку, так как хотел «укрыться» в стенах больницы от уголовного преследования, сообщил о многочисленных ловко совершённых кражах, оставшихся не обнаруженными. Описал, как избил соседа, «одержал верх над майором милиции». Жаловался на постоянное чувство голода, возмущался тем, что его кормят хуже других, говорил, что зав.отделением относится к нему плохо, специально «морит голодом», «держит» в наблюдательной палате. В разговоре подчёркивает свой ум, знание жизни, хвалится «уголовным» опытом, мышление слегка ускорено, временами становится непоследовательным, паралогичным.

В неврологическом статусе признаки резидуальной перинатальной патологии и токсического поражения мозга.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 10

Больной Б., 28 лет.

Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Родился старшим из 3-х детей от протекавшей с токсикозом 1-й половины беременности и своевременных родов. В раннем детстве заметно не отставал в развитии от сверстников, вовремя стал говорить и ходить. Из перенесенных заболеваний в детстве отмечается простудные и детские болезни без осложнений. Травм головы с потерей сознания не получал. Воспитывался в семье, посещал детские дошкольные учреждения, где

плохо запоминал стихи, не выступал на утренниках. 7 лет пошел в школу, успевал слабо, со 2-го класса наблюдался у психиатра в связи с отставанием в развитии, по решению медико-педагогической комиссии был направлен во вспомогательную школу. С подросткового возраста отличался неусидчивостью, непослушанием, расторможенностью, прогуливал занятия. После 7-го класса занятия бросил, работал учеником, затем слесарем в совхозе. Находился на обследовании в психиатрической больнице в связи с призывом в армию. При клиническом обследовании был признан негодным к службе в армии. После выписки к психиатру обращался 1 раз, когда стал злоупотреблять алкоголем. В состоянии опьянения становился агрессивным, раздражительным, конфликтным. В последствии психиатром не наблюдался. Проживал без регистрации в Москве, работал на стройках. Тяжелых заболеваний, травм головы за последнее время не переносил, ранее оперирован по поводу паховой грыжи. Злоупотреблял алкоголем, употреблял самогон с димедролом, другими неизвестными таблетками, был нервным, раздражительным, после употребления спиртного терял сознание. В медвытрезвитель не доставлялся, на учёте у наркологов не состоит. Трижды привлекался к уголовной ответственности за кражи, СПЭ тогда не проводилась, осуждался к лишению свободы условно, затем был амнистирован. Странностей в поведении не отмечено.

Последнее время проживал с сожительницей, по показаниям которой психических отклонений не обнаруживал. В настоящее время привлекается к уголовной ответственности за убийство С., труп которого был обнаружен в подъезде общежития. Из показаний соучастника, свидетелей, материалов дела известно, что странностей в его поведении не отмечалось, он был в состоянии алкогольного опьянения. В ходе следствия он отказывался от дачи показаний, отрицал свою вину. Был направлен на судебно-психиатрическую экспертизу.

При осмотре находился в непомраченном сознании, все виды ориентировки сохранены. Понимает ситуацию. Одет аккуратно, внешне опрятен. Держится свободно, раскованно. Общению доступен, на вопросы отвечает охотно. Речь обычного темпа. Правильно понимает и по существу отвечает на вопросы, обнаруживает небогатый словарный запас, пользуется простыми и короткими предложениями. Во время обследования странностей не отмечается, ведёт себя правильно, спокойно, адекватно ситуации и обстановке. Жалоб нет. О своей жизни рассказывает подробно, помнит основные события, обследование в больнице. О случившемся рассказывает последовательно, отрицает свою вину – «я не убивал, может это кто-то другой?». Утверждает, что хорошо помнит все события. Мышление без грубых нарушений по темпу, логической направленности, преимущественно конкретного типа. Сравнение понятий производит по второстепенным признакам, простые метафоры объясняет верно, переносный смысл пословиц не доступен. Галлюцинаторно-бредовых расстройств нет. Интеллект с легким снижением, общий запас знаний невелик, правильно считает в пределах десятков, выполняет простые арифметические действия (сложение, вычитание), не знает таблицы умножения. Но осведомлен в бытовых вопросах, знает цены на основные продукты питания, обнаруживает практические навыки и сметку. Недоступен лишь анализ сложных закономерностей, не развита способность к осуществлению высших форм синтеза. Настроение при обследовании ровное. Заявляет, что часто употребляет алкоголь, суррогаты его, переносимость выше 1 л, опохмеляется, пьет запоями до 4-5 дней. После запоев были «припадки», 1-2 раза «мерещились чёртики, слышались разные разговоры». Указанные расстройства проходили без лечения, критично оценивает эти состояния – «это от вина, такое у мужиков бывает, я слышал об этом».

В неврологическом статусе признаки перинатальной энцефалопатии.

*Выполните задания:*

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).

6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 11

Больной Б., 57 лет.

Психопатологически наследственность не отягощена. Родился он старшим из 3-х детей в семье. Развивался в детстве правильно, не отставая от сверстников. Из перенесённых в то время заболеваний отмечает воспаление лёгких, травм головы тогда не получал. Вовремя пошел в школу, с программой справлялся посредственно, смог окончить лишь начальную школу, классов не дублировал. Учился без желания, оставил учёбу. В последующем в вечерней школе получил 8-летнее образование. После окончания 8 классов освоил профессии токаря, слесаря, механика, на курсах выучился на водителя. На общих основаниях служил в армии в строевых частях. С его слов служба прошла ровно, демобилизован был в срок на общих основаниях. После этого в основном работал шофёром, с работой справлялся, характеризовался положительно. В это время стал массивно злоупотреблять алкоголем, повысилась переносимость алкоголя до 0,75 л водки за сутки, появились похмельные состояния в виде слабости, потливости, головной боли, дрожания рук, нарушений сна, тревоги, кошмарных сновидений. Привлекался к уголовной ответственности за совершение наезда на пешехода в состоянии алкогольного опьянения, во время которого он сам получил перелом костей ноги и «сотрясение головного мозга», лечился в больнице. Тогда сомнений в его психической полноценности не возникало, был осуждён на год исправительных работ. После этого был лишён водительских прав, работал слесарем, из-за пьянства часто менял места работы, подолгу нигде не удерживался. На фоне злоупотребления алкоголем у него впервые в возрасте 33 лет отмечался судорожный припадок с потерей сознания, по поводу чего лечился у невропатолога. Постепенно стал меняться по характеру в сторону раздражительности, вспыльчивости, привлекался к уголовной ответственности за нанесение побоев матери, был осуждён на 6 лет лишения свободы. Срок наказания прошёл гладко, освобождён был условно-досрочно. Женится, детей от брака не имеет, жена испытуемого также злоупотребляла алкоголем. Якобы в это время при падении получил повторную травму головы с потерей сознания, по поводу чего лечился в железнодорожной больнице (документально не подтверждено). Всё это время он также продолжал злоупотреблять алкоголем, доставлялся в медвытрезвитель, у него отмечались судорожные припадки, он оставался неуравновешенным, раздражительным, вспыльчивым. В связи с этим в 45 лет стал наблюдаться у психиатра. В том же году в связи с тем, что пытался порезать себе вены лечился в психиатрической больнице. После этого продолжал наблюдаться у психиатра, но сам врача не посещал, лечения не принимал. В этом же году привлекался к уголовной ответственности за убийство, подвергался амбулаторной СПЭ, по заключению которой признавался вменяемым. Был осуждён на 8 лет лишения свободы, в последующем срок был сокращён до 6 лет. В колонии работал поваром, характеризовался положительно, считался спокойным, уравновешенным, хотя с его слов у него по-прежнему отмечались судорожные припадки и он якобы в связи с этим лечился у психиатра. После освобождения проживал с матерью, т.к. с женой развёлся, был занят на неквалифицированных видах труда, часто менял места работы в связи с пьянством. По месту жительства характеризовался отрицательно в связи с тем, что пил вместе с матерью, скандалил с ней. Тяжёлых заболеваний за это время не переносил, травм головы с потерей сознания не получал. У психиатров после освобождения не наблюдался. Продолжал злоупотреблять спиртными напитками, выпивал запоями по несколько дней, пропивая пенсию матери, в состоянии опьянения был раздражителен, вспыльчив опохмелялся. Психические расстройства появились после очередного запоя и короткого воздержания. «Стали мерещиться бесы, черти», о чём он говорил матери, стал читать Библию, ушёл из дома. В таком состоянии незаконно проник в дом гр-на О., а потом поджёг стену внутреннего двора дома, говорил: «Вы меня и здесь нашли, я вам сейчас устрою, всё сожгу». После задержания сотрудниками милиции по-прежнему вел себя неправильно, был тревожен, возбуждён. Говорил, что

за ним «гонятся роботы, поджечь дом заставили компьютерщики, следят постоянно». Был госпитализирован в психиатрическую больницу. При этом сознание его было не помрачено, ориентирован он был правильно, был многоречив, обманов восприятия у него не выявлялось, был раздражителен, злобен, своё состояние объяснял тем, что его незаконно задержала милиция, громко кричал, ругался нецензурно, на замечания раздражался, в связи с чем был фиксирован. После проведения лечения достаточно быстро уснул, потом успокоился, запомнил своё поведение накануне. В последующем вёл себя правильно, психических нарушений в виде помрачения сознания, нарушений ориентировки, галлюцинаторно-бредовых расстройств у него не отмечалось. Без достаточной критики относится к своему пьянству, достоверно описывает психические нарушения. Указывает, что «мне мать ещё перед этим «скорую» вызывала, черти тогда казались, они по полу ползали, а потом ещё как по телу что-то ползёт, во рту лазает». В таком состоянии убежал из дома, но по дороге «казалось, что преследуют черти, голоса слышал, вот я и пошёл. По дороге казалось, что собаки напали, снова голоса слышал: «Тебе налево, а теперь направо», они какие-то чужие, мужские, как с неба раздавались. Думалось, что компьютерами преследуют, в мозги лучи вправляют, какие-то волны, ультразвуки заставляли, какие-то прожектора светили, милиция гналась». Не может объяснить причин госпитализации, критика к состоянию недостаточна. Мышление испытуемого последовательное, логически связное, обычное по темпу, галлюцинаторно-бредовых расстройств нет. Интеллект без грубых нарушений, в целом соответствует полученному образованию и жизненному опыту, хотя отмечается снижение уровня притязаний, увлечений, интересов. Настроение при обследовании неустойчиво, склонен к раздражительности, вспыльчивости, неуравновешенности.

В соматическом статусе признаки лёгочного туберкулёза.

В неврологическом статусе признаки токсической энцефалопатии.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

## № 12

Больной К., 56 лет.

Наследственность не отягощена. Родился он средним из 3-х детей в семье. Развивался в детстве правильно, не отставая от сверстников, вовремя стал ходить и говорить. Перенёс обычные детские и простудные заболевания без осложнений. Травм головы с потерей сознания не получал. Учиться начал вовремя, с программой справлялся, классов не дублировал. В школьные годы нарушений поведения не отмечалось. После окончания 11 классов средней школы поступил в машиностроительный техникум, где также справлялся с программой. Во время обучения призывался в армию, служил в строевых частях, демобилизован в срок на общих основаниях. В техникуме освоил профессию техника-технолога, работал по специальности, справлялся. Женится, от брака имеет сына, отношения в семье не сложились, через год брак был расторгнут. Психические расстройства появились в возрасте 23 лет, когда у него немотивированно изменилось настроение, он стал тревожным, не спал ночи, настроение было подавленным, отмечались слуховые обманы восприятия в виде «голосов внутри головы». В связи с этим тогда же впервые лечился в психиатрической больнице. В последующем работал по специальности, периодически испытывал приступы тревоги, но он сохранял трудоспособность, работал. В 29 и 30 лет дважды лечился в

психиатрической больнице, отмечалось пониженное настроение, тревога, бессонница. Обострения заболевания в течение 3-х лет не отмечалось, работал. В последующие 14 лет госпитализировался почти ежегодно, во время обострений он переставал спать по ночам, был тревожным, немотивированно уезжал из дома, по возвращении был тревожен, заглядывал в подвал, ходил по посёлку, развесив на руках бельё и т.д., появились признаки повышенной неуравновешенности, конфликтности, вспыльчивости, раздражительности, замкнутости, необщительности. Постепенно у него снизился профессиональный уровень, стал работать слесарем, в связи с частыми госпитализациями постепенно утратил трудоспособность, с 47 лет имеет 2 группу инвалидности. В дальнейшем при обострениях был возбуждён, активно говорил о недоброжелательном отношении к нему матери, считал, что она хочет от него избавиться, считал, что за ним следят, искал в квартире «подслушивающие устройства», из-за чего разобрал газовую плиту. Проживал в это время с родителями, отношения в семье были неровными. Мать обращалась к участковому психиатру с жалобами на то, что он злоупотреблял алкоголем, временами был к ней агрессивен. Продолжал часто госпитализироваться в психиатрическую больницу. Регулярно наблюдался у психиатра, получал поддерживающее лечение, но состояние оставалось неустойчивым. В характере всё больше отмечались черты повышенной неуравновешенности, вспыльчивости, он стал склонен к злоупотреблению алкоголем. После смерти матери проживал сначала с сестрой, а в последнее время один. Дома у него была антисанитарная обстановка, он не справлялся с ведением домашнего хозяйства. В это время злоупотреблял алкоголем, в состоянии опьянения был агрессивен, приставал к гражданам, в связи с чем на него поступали жалобы от соседей, в последнее время ломал у них заборы. Находился на принудительном лечении. За это время обострения заболевания не отмечалось, был пассивен, монотонен, малообщителен, ничем не интересовался. Повышенной агрессивности, враждебности у него не отмечалось. Планировалось его последующее оформление в психоневрологический интернат.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 13

Больной К., 26 лет. Наследственность не отягощена. Родился младшим из 2-х детей в семье. Развивался в детстве правильно, не отставая от сверстников. Из перенесённых в то время заболеваний отмечают детские и простудные, протекавшие без осложнений. Травм головы тогда не получал. Вовремя пошёл в школу, с программой справлялся посредственно, в связи с тем, что прогуливал уроки, дублировал 7-й класс. В то же время грубых нарушений поведения в школьные годы не отмечалось, к психиатрам тогда не направлялся. После окончания 9 классов на рабочем месте освоил профессию столяра, работал по специальности, а затем выучился на автослесаря и автоэлектрика. В армии не служил в связи с язвенной болезнью 12-перстной кишки. В течение жизни работал по специальности, с работой справлялся. Последнее время не работал из-за безработицы. Женится, от брака имеет дочь, отношения в семье ровные. По характеру скрытен, необщителен, общается с ранее судимыми лицами. Тяжёлых заболеваний, травм головы в течение жизни не переносил. Много лет злоупотребляет алкоголем, повысилась переносимость алкоголя, запой по 5-7 дней, испытывает влечение к спиртному, напивался допьяна, похмельные состояния в виде слабости, потливости, головной боли, дрожания рук, нарушений сна, тревоги, кошмарных

сновидений. Рисунок поведения стал принимать асоциальный характер, был судим за грабёж, был осуждён с отсрочкой приговора. Ранее у нарколога не лечился. Психические расстройства появились после очередного недельного запоя. Был задержан милицией за то, что в состоянии алкогольного опьянения из хулиганских побуждений на улице кричал, вёл себя грубо и дерзко. Говорил, что «слышал» голос девушки, утверждал, что она погибла. При выводе из камеры он напал на милиционера, нанёс ему удар куском деревянного плинтуса по голове, был в помутнённом, агрессивном состоянии, бросил свой свитер на пол, после содеянного не отвечал на вопросы, говорил что-то невнятное, звал мать, говорил, что она находится за дверью, не знает где он находится, с кем-то разговаривал, но сам отрицал «голоса». В связи с этим был направлен на лечение в наркологический стационар.

При поступлении он неточно ориентировался во времени, слышал «разные голоса», был возбуждён. Наблюдались подергивания глаз при взгляде в сторону, с трудом выполнял координаторные пробы. После проведения лечения состояние частично улучшилось, был вял, заторможен, жаловался на слабость, головную боль, был частично ориентирован в месте. На следующий день его сознание прояснилось, исчезли галлюцинаторные расстройства, он стал спокойнее, понимает, что доставлен в психиатрическую больницу, хотя не сразу понял причину этого, но объяснения воспринимает правильно. Контакт доступен, правильно понимает и отвечает на вопросы, ведёт себя спокойно, правильно, странностей в поведении при обследовании нет. Жалоб на психическое состояние при обследовании не предъявляет. О себе рассказывает достаточно последовательно и подробно, существенных затруднений в изложении событий прошлой жизни не отмечается, расстройств памяти нет. Без достаточной критики относится к своему пьянству, уклончиво говорит о его характере, считает, что выпивал нечасто, но соглашается с тем, что у него были выпивки по несколько дней, он опохмелялся из-за головной боли, сердцебиений. Интеллект без грубых нарушений, в целом соответствует полученному образованию и жизненному опыту, хотя отмечается снижение уровня притязаний, увлечений, интересов. Настроение при обследовании ровное, признаков тоски, депрессии, патологически изменённого фона настроения нет.

По данным методики УНП (определение уровней невротизации и психопатизации) у обследуемого выявляется высокий уровень невротизации.

По данным опросника Шмишека у него отмечается преобладание эмотивных и экзальтированных черт характера (по 24 балла из 24).

Из отделения выписан, от противоалкогольного лечения отказался.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 14

Больной К., 28 лет

Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Родился младшим из 2-х детей. В детстве рос и развивался соответственно возрасту, перенёс ряд простудных и детских инфекционных заболеваний без осложнений. Посещал детские дошкольные учреждения, рос, с его слов, подвижным, слушался не всегда. Обучение в школе начал в обычном возрасте, учился удовлетворительно, с 3-4-го класса прогуливал уроки, участвовал в драках. В 1986 г. умер отец, после чего воспитывался одной матерью. После окончания 8 классов общеобразовательной школы

поступил в ПТУ по специальности сварщика, но и здесь прогуливал занятия, в связи с чем был отчислен из училища после 1-го курса. В то время занимался профессионально волейболом, играл в команде. В 16 лет впервые был привлечён к уголовной ответственности за кражу, был осуждён к 2 годам исправительных работ, затем был освобождён от отбытия наказания по амнистии. По словам больного, до армии он получил травму головы с потерей сознания, по поводу травмы не лечился, последствий её у себя не отмечал. Перед армией он закончил курсы водителей по линии ДОСААФ, прошёл службу в армии в строительной части, демобилизован на общих основаниях. После армии работал водителем, проходил медкомиссию, признавался годным к вождению. Уже в это время участковым милиционером характеризовался злоупотребляющим алкоголем, хотя жалоб на его поведение не поступало. В возрасте 24-25 лет 4 раза привлекался к уголовной ответственности за хулиганство, самоуправство, кражу. В то время сомнений в его психической полноценности не возникало, СПЭ он не подвергался, осуждался сначала к лишению свободы и исправительным работам условно с испытательным сроком, а затем был осуждён к 3 годам и 6 месяцам лишения свободы. В колонии характеризовался положительно, работал станочником к труду относился добросовестно, имел одно нарушение, которое было погашено. Мероприятия воспитательного характера посещал регулярно. После освобождения проживал с матерью, не работал. Мать сообщает, что он физически и психически здоровый человек, умный и способный, по характеру вспыльчивый, спиртными напитками не злоупотребляет. В то же время указывает, что он выпивал бутылку водки на троих, опохмелялся, «если на дне рождения у кого выпьет сверх нормы», в состоянии опьянения спокоен, но может и разозлиться, «если его тронешь». По характеру скрытен, любит находиться один, больше молчит, слушает музыку, может занять денег, хотя они у него есть, психических отклонений у него не отмечает. Тяжёлых заболеваний, травм головы за последнее время не переносил, по данным амбулаторной карты лечился только по поводу простуд, травмы глаза. По его словам, спиртные напитки начал употреблять после демобилизации из армии, примерно 5 раз в месяц, выпивал от 100мл до 400мл водки в день, опохмеление, запоминание событий в состоянии опьянения отрицает. У наркологов ранее не лечился. В настоящее время привлекается к уголовной ответственности за то, что совершил убийство гражданина З.. В ходе следствия в тот же день давал подробные признательные показания. Сообщил, что вместе с З. выпивали, потом возникла драка, в ходе которой он оборонялся, убивать З. не хотел. Через несколько дней в СИЗО его трясло, он видел ночью пауков, гномиков в камере, не понимал, где находится. В связи с этим его переводили в больничную камеру, делали инъекции, после чего у него всё прошло. Считает, что состояние его ухудшалось из-за того, что он нервничал, при осмотре психически больным себя не считал.

При настоящем обследовании выявлено следующее: правильного телосложения, на предплечье левой руки три рубца от самопорезов, дыхание в лёгких свободное, тоны сердца звучные, живот мягкий. Со стороны нервной системы отмечаются признаки микроорганического поражения головного мозга в виде подергивания глазных яблок при взгляде в стороны, ослабление способности к сведению глазных яблок. Находится в непомрачённом сознании, основные виды ориентировки у него сохранены. Во время беседы держится спокойно, контакту доступен. Вопросы осмысливает правильно, отвечает на них в плане вопроса. Жалуется на неуравновешенность, вспыльчивость («нервничаю, по всяким мелким инцидентам трясет»). О себе рассказывает достаточно полно, не путается в датировании событий жизни, значительного снижения памяти не обнаруживает. Отрицает злоупотребление алкоголем в течение жизни. В то же время рассказывает о возрастании переносимости спиртного со 100 мл водки до 400, не отрицает, что после освобождения выпивал несколько дней подряд. Об инкриминируемых ему деяниях говорит в соответствии со своими показаниями в материалах дела. Утверждает, что не он был инициатором ссоры с потерпевшим, тот первым начал ругаться, напал на него. Свои действия расценивает как самооборону, не отрицает, что нанес побои Звереву, но уверяет, что тот был еще жив, когда они вышли из дома. Какие-либо психические расстройства, запоминания событий у себя на тот период времени отрицает. Рассказывает о том, что после случившегося он переживал («как узнал, что он умер - стресс был»). После помещения в СИЗО его «потряхивало, от показаний отказывался, мысли только об этом были». Соглашается с тем, что у него были психические расстройства «не

спал, не понимал, где нахожусь, домой рвался, думал, что люди не те". В то же время сейчас отрицает, что что-то видел (пауков, гномиков в камере). Считает, что состояние его ухудшалось из-за того, что он нервничал, в настоящее время психически больным себя не считает. Мышление подэкспертного по темпу не нарушено, последовательное, логически связное, галлюцинаторно-бредовых расстройств при осмотре он не обнаруживает. Интеллект подэкспертного без заметного снижения, соответствует полученному образованию и жизненному опыту. Он хорошо разбирается в практических вопросах, верно осмысливает суть предъявленного ему обвинения. Ситуацию оценивает правильно, неплохо в ней ориентирован, признаков слабоумия не обнаруживает. Понимает цель проводимой экспертизы. Настроение подэкспертного при обследовании ровное, признаков тоски, депрессии, патологически измененного фона настроения у него нет.

*Выполните задания:*

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

№ 15

12-летний мальчик отличался чрезмерной впечатлительностью, нерешительностью, мнительностью, обидчивостью, ему всегда казалось, что отец предъявляет к нему слишком большие требования, несправедливо его ругает. В школе плохо справлялся с занятиями, быстро уставал, болела голова, плохо соображал. Из-за этого учился ниже своих возможностей. А отец требовал только хорошей успеваемости и обвинял сына в симуляции. Однажды отец был пьян и избил сына. Убежав из дома, мальчик сначала скрывался у бабушки, а потом на вокзале, домой был доставлен милицией. С тех пор он часто убегал из-за малейшего замечания. Иногда он бродил под окнами школы, стал всё больше отставать от программы, вскоре появились друзья с неправильным поведением, с которыми уединялись на чердаке и нюхали клей. Утром болела голова, нюхать клей не хотел, но старался не показывать свою слабость перед товарищами.

При осмотре: физически отстаёт от сверстников, бледен, пониженного питания. При беседе избегает взорового контакта, на глазах быстро появляются слёзы, особенно при упоминании конфликтов с отцом. Все виды ориентировки сохранены. Продуктивной психотической симптоматики нет. Память без грубых нарушений. В интеллектуальной сфере отмечается педагогическая запущенность. При госпитализации в детское отделение был упорядочен, общался со сверстниками без конфликтов, был активен на занятиях у педагога. Охотно помогал персоналу.

*Выполните задания:*

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

Иван И., 15 лет. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Был желанным ребенком. К моменту его рождения матери было 32 года, отцу – 59 лет. Беременность у матери протекала тяжело, был токсикоз беременности, длительное время находилась в больнице. Родился весом 1,5 кг вторым из двойни, первой родилась сестра. Родители по характеру спокойные, уравновешенные. Сестра в настоящее время учится в 10 кл., здорова. В раннем детстве развивался соответственно возрасту. Посещал детский сад, в коллективе адаптировался нормально.

Перенесенные заболевания: ветряная оспа, операция по поводу крипторхизма, в возрасте 13 лет был сбит автомашиной, в течение трех дней находился в коме, был диагностирован ушиб мозга. Однако, процесс восстановления шел быстро и энцефалопатических явлений к настоящему времени не отмечается. Невропатологом выявлены только микроорганические знаки со стороны ЦНС.

Воспитывался с раннего детства в условиях гиперопеки. Взаимоотношения в семье были нормальные. Отец умер от инсульта, когда мальчику было 9 лет. Смерть отца переживал тяжело: было пониженное настроение в течение месяца, но за помощью по этому поводу не обращался. Вскоре мать заболела онкологическим заболеванием, и ей была определена I группа инвалидности. С этого времени его воспитанием почти не занимались. К матери всегда относился тепло, отмечалась чрезмерная привязанность. По характеру мягкий, добрый, поддается чужому влиянию, однако стремится к лидерству, легко дает обещания, но не выполняет их.

С младших классов школы увлекался спортом: играл в баскетбол и большой теннис, участвовал в соревнованиях. Прекратил занятия спортом после того, как стоимость аренды спортивного корта стала непомерно большой. До приобщения к ПАВ к учебе относился положительно, успеваемость была хорошей.

Первую сигарету выкурил в возрасте 7 лет по предложению друзей. В этом же возрасте впервые попробовал алкоголь (случайное употребление – сделал глоток водки вместо воды), опьянения не было. Впервые опьянел в возрасте 11 лет, когда друзья пришли в гости со спиртным. Была тошнота, сонливость и головная боль. Опьянение не понравилось. В дальнейшем спиртное (крепкие напитки и самогон) употреблял 1 раз в неделю «для смелости и общительности». Толерантность к моменту осмотра увеличилась в 2-3 раза, достигла 500 мл водки. Алкоголь употребляет только в компании, чаще на дискотеке. Влечение к алкоголю, АС отрицает, однако отмечает, что «перепивает» достаточно часто.

Впервые попробовал курить коноплю в возрасте 12 лет, угостил старший друг. Испытал приятные ощущения: было психомоторное возбуждение, веселость. Курил периодически в среднем с частотой 1 раз в месяц. Через полгода впервые попробовал самодельный опий по собственной инициативе, хотя друзья его отговаривали. С 13 лет стал употреблять героин сразу же внутривенно. С этого же возраста эпизодически употреблял «винт».

К моменту осмотра основной наркотик - героин, который периодически чередовал с самодельным опиумом. Толерантность увеличилась в 8 раз. Психическое влечение к опиатам почувствовал спустя 1 месяц: вне наркотического опьянения понижалось настроение, становился раздражителен, постоянно возникали воспоминания о наркотике. Абстинентный синдром сформировался спустя 2 месяца после 50 приемов наркотика, оценивает его как тяжело переносимый: проявляется болью в суставах и животе, поносе, нарушении сна. Продолжительность его около 5 дней. На фоне приема наркотиков резко снизилась успеваемость, плохо понимал учебный материал, стал прогуливать занятия. Чтобы достать деньги на наркотики совершал кражи, воровал у незнакомых людей из автомобилей, из собственной квартиры ничего не уносил.

В школе общался с подростками, употребляющими наркотики. Половую жизнь начал в 14 лет, инициатором был сам, партнерша – ровесница. Мотивация- получение удовольствия и самоутверждение – «сразу же побежал рассказывать друзьям». Всего было 7 половых партнеров, связь, как правило, ограничивалась одним половым актом.

За медицинской помощью впервые обратился в возрасте 15 лет по инициативе матери, находился в наркологическом подростковом стационаре 16 дней, проводилось медикаментозное лечение и несколько сеансов индивидуальной психотерапии. К лечению относился формально. С

удовольствием рассказывал об эйфорическом эффекте наркотиков, обменивался информацией с другими подростками о местах их продажи. Выписан по настойчивой просьбе с согласия матери. Один раз посетил поликлиническое отделение, некоторое время принимал пикамилон. В течение 4 месяцев воздерживался от употребления наркотиков, потом решил попробовать «уколоться один раз для проверки», в результате оказался в реанимационном отделении из-за передозировки. Выписан домой после выведения из комы. Вторая госпитализация в наркологическую больницу - по инициативе самого больного: «чтобы не расстраивать мать», находился на лечении 24 дня. Получал медикаментозное лечение и психотерапию. Установка на будущее неясная.

**Результаты экспериментально-психологических исследований.** Тест Шмишека диагностирует возбудимую и эмотивную акцентуацию. По данным теста УНП повышен уровень невротизации и психопатизации. Тест на алекситимию показал её повышенный уровень (80 баллов). Самооценка по данным теста Дембо-Рубинштейн в основном находится в пределах условной нормы. Однако, отмечается превышение показателей образа «Я – презентация» над всеми остальными по шкалам интеллекта, честности, трудолюбия и общительности, одновременно минимальные значения по шкалам счастья, уверенности в себе и здоровья. Образ «Я в глазах других» ниже «Я-реального» по критериям честности, доброты, счастья, уверенности в себе, общительности и здоровья, что свидетельствует, по мнению больного, о недооценке окружающими этих качеств. Анализ оценки частоты эмоций свидетельствует в пользу стремления создать положительный имидж при пессимистическом отношении к своему состоянию. Так, к числу часто возникающих эмоций он относит гордость, надежду, уверенность и одновременно зависть, тревогу, отвращение. Достаточно часто он испытывает благодарность, обиду и отчаяние. Показательно, что эмоции вины и стыда оцениваются как возникающие редко и очень редко.

**Катамнез спустя 8 месяцев.** После выписки из больницы регулярно посещает нарколога, первое время принимал ноотропы, сейчас медикаментов не принимает. Употребление наркотиков отрицает. Работал несколько месяцев на подсобных работах в строительстве. Намерен поступить в ПТУ строительного профиля (на данный момент имеет образование 9 кл.). Дружит с девушкой, которая не знает о его прошлом, говорит, что любит её. С прежней компанией потребителей наркотиков расстался (многие осуждены, пишут ему письма пессимистического содержания, так как ВИЧ-инфицированы). Иногда употребляет пиво, но не более 2 бутылок. Утверждает, что влечение к наркотикам его не беспокоит. Во время беседы о наркотиках отсутствуют имевшиеся ранее симптомы эмоционального оживления.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

#### № 17

Михаил Я., 13 лет. Родители пробанда, а также их родственники, страдают алкоголизмом. Мать с юности отличалась неустойчивым характером, часто меняла мужчин, уезжала в другие города, забеременела во время одного из отъездов. Пробанд родился от внебрачной связи. Мать, будучи беременной, вернулась в Иваново. Беременность протекала с токсикозом. Родной отец ребенком никогда не интересовался. Раннее развитие соответствовало возрасту. Посещал детский сад, адаптировался хорошо.

С раннего детства и до настоящего времени воспитывается малограмотной прабабушкой, которая раздражительна, кричит на правнука, он её слушается плохо. Последние 6 лет мать жила со вторым мужем, который также злоупотреблял алкоголем, дома были конфликты. Несколько месяцев назад он умер от черепно-мозговой травмы (обстоятельства неизвестны). Мать стала пьянствовать ещё больше, дома появлялась только для того, чтобы получить детское пособие, которое пропивала. Тяжелыми заболеваниями не болел, перенес грипп. Посещал детский сад, адаптировался в коллективе хорошо.

По характеру спокойный, обидчивый, упрямый со взрослыми, но легко поддавался влиянию сверстников. В школу пошёл в срок, учился посредственно, было неинтересно. Поведение нарушилось с 11 лет: стал непослушен, целые дни проводил на улице с друзьями, конфликтовал со взрослыми, никакие меры воздействия не помогали. Из-за прогулов снизилась успеваемость, дважды дублировал обучение в 5 и 6 классах. Увлечений не имел. Практически все время семья находилась в стеснённых материальных условиях, а последние годы жили в нищете.

Курить стал с 9 лет под влиянием друзей, в настоящее время выкуривает по 5-10 сигарет в день. Алкоголь не пробовал. Клей «Спрут» впервые предложили друзья в возрасте 12 лет. Вдыхал его, налив в пластиковый мешок. Состояние одурманивания понравилось, испытывал удовольствие: «балдел», «видел мультики». В это время был заторможен, окружающее не воспринимал. Вдыхал клей вместе с друзьями несколько раз в неделю. В последнее время стал отмечать, что количество клея, необходимого для получения удовольствия, увеличилось примерно в два раза. Спустя 2-3 месяца стал испытывать влечение кЛОВ, которое проявлялось аффективным компонентом (понижалось настроение) и ассоциативным (воспоминания и фантазии на тему употребления ЛОВ). Впервые был направлен к наркологами милицией в возрасте 13 лет, согласился на лечение под давлением обстоятельств, т.к. был поставлен на учет в ИДН. В подростковом стационаре находился 13 дней, получал медикаментозное лечение. Выписан по настойчивой просьбе. После выписки из стационара амбулаторно не наблюдался, лечения не принимал, продолжает периодически вдыхать клей, но реже. Прабабушка пытается его контролировать, регулярно «обнюхивает».

**Экспериментально-психологические исследования.** Диагностируется гипертимная акцентуация по тесту Шмишека, по тесту УНП повышен уровень психопатизации, показатель алекситимического теста в зоне неопределенного диагноза. Самооценка по тесту Дембо-Рубинштейн: «Я-реальное» занижено по шкалам интеллекта, счастья, уверенности в себе, здоровья, завышено по шкалам доброты и общительности, в пределах нормы по шкалам внешности и честности. Показатели образа «Я в глазах других» ниже предыдущих, что свидетельствует об оценке отношения окружающих, как враждебного. Показатели «Я-идеальное» и «Я-презентация» в основном находятся в пределах условной нормы или завышены. По показателям честности, доброты, счастья, уверенности в себе «Я-презентация» выше «Я-идеального», что свидетельствует о переоценке важности внешнего имиджа. Из опросника эмоций следует, что очень часто испытывает чувство стыда, обиды и уверенности (при низкой самооценке уверенности в себе!); достаточно часто – радости, отвращения и отчаяния; редко – благодарности, надежды, зависти, страха, гнева, скуки; очень редко – чувство вины. Не смог ответить о частоте эмоций нежности, гордости, беспечности, тревоги и презрения. При беседе заинтересованности не проявляет, немногословен, легко отвлекается, формально соглашается с необходимостью изменить свою жизнь, однако от помощи отказывается, даже когда ему предлагают посещать центр социальной поддержки, где он может получать нормальное питание. Уровень знаний не соответствует образованию. Круг интересов сужен, увлечений не имеет. Абстрактное мышление доступно. В настоящее время дополнительно занимается с учителем на дому, исправляет неудовлетворительные отметки.

#### Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).

5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

#### № 18

Наташа, 16 лет. Наследственность психическими заболеваниями неотягощена. Отец имеет высшее техническое образование, мать – среднее педагогическое, отношения в семье доброжелательные, равноправные.

Родилась в срок первым ребенком в семье, есть еще сестра 6 лет. Раннее развитие соответствовало возрасту. Семья состоятельная: родители занимаются бизнесом. Воспитывалась по типу «кумира семьи» с элементами гиперопеки: родители контролировали строго её поведение, но удовлетворяли все её требования, окружающие её «постоянно восхищались». Ситуация изменилась после рождения младшей сестры 6 лет назад: ей стали меньше уделять внимания, что её не устраивало.

Страдает с 9 лет хроническим пиелонефритом, с 11 лет – хроническим гастродуоденитом. Заболевания протекают с периодическими обострениями. В детский сад ходила только в подготовительную группу. В школу пошла 7 лет, училась хорошо. В компании была лидером, стремилась быть на виду. Оценивая свой характер, говорит, что она «стрелец»: упрямая, «меня ничего не остановит».

Впервые действие наркотиков увидела в компании знакомых. Её друг страдал наркоманией и предостерегал от употребления наркотиков, описывая мучительное состояние ломки («плакал и просил меня не колоться»), вскоре он умер от передозировки героина. После его смерти решила попробовать наркотик, так как считала, что «с одного раза ничего не будет». Начала употребление в 14 лет сразу с внутривенного введения героина. Эйфория продолжалась около 3 часов. Состояние было похоже на опьянение. Повторное употребление героина – через 1,5-2 месяца. Быстро появилось психическое влечение преимущественно в виде навязчивых мыслей и представлений о наркотиках. Абстинентный синдром сформировался после 30 инъекций. Продолжительность его около 5 дней, средней степени выраженности в виде типичной «ломки». С 15 лет эпизодически курит анашу, как правило, делает это для усиления действия героина. При отсутствии наркотиков эпизодически употребляла для эйфории реланиум и фенозепам.

Спиртное впервые попробовала в 15 лет: выпила около 300 г водки для снятия героиновой «ломки», с тех пор практически его не употребляет. Курит с 15 лет, в среднем в день выкуривает 10-12 сигарет. Испытывает влечение к сигаретам.

В интимные отношения впервые вступила в 15 лет, обстоятельства помнит плохо (в отличие от первой инъекции наркотиков), поскольку была в наркотическом опьянении. Половые контакты редкие и не доставляют удовольствия.

Впервые за помощью обратилась в областной наркологический диспансер в возрасте 14 лет (зимой 2000 г.) по инициативе родителей, но убежала из поликлинического отделения раздетая. По настоянию родителей весной 2000 г. находилась на стационарном лечении в областной психиатрической больнице в течение 1 месяца. Получала медикаментозное лечение, проведено три беседы с психологом. Еще во время лечения была уверена, что продолжит наркотизацию. После выписки три раза посетила психолога в Центре психолого-педагогической помощи, но «не нашла с ним общего языка». Возобновила наркотизацию через 1 месяц, как только родители стали отпускать ее одну из дома.

В ноябре 2000 г. находилась 7 дней на лечении в наркологической больнице, выписалась по своему настойчивому требованию. Возобновила употребление наркотиков в январе 2001 г. В марте 2001 г. отдыхала с родителями в Египте, где развился АС, который она «перекумарила всухую». Со слов больной в это время «мать поняла, насколько я серьезно больна». Вернувшись домой, возобновила наркотизацию. В мае вновь госпитализирована, лечилась 1 месяц, от лечения уклонялась. В июле родители вновь уговорили на лечение в стационаре. После купирования АС неохотно согласилась

на курс «психотерапевтического марафона». В группе вела себя активно, делала своевременные замечания. В частности, при обсуждении темы ответственности за данное другим людям обещание, когда все участники группы заявили, что всегда их выполняют, единственная обратила внимание на неоднократные нарушения своих заверений об отказе от наркотиков, которые давались родителям. При выполнении рисунка «Я в начале лечения, сейчас и через месяц», вторая ситуация отличается появлением положительных эмоций, в третьей ситуации рисует себя за решеткой, объясняя, что «папа не будет выпускать из дома».

**Экспериментально-психологические исследования.** Тест Шмишека диагностирует наличие гипертимной и демонстративной акцентуации. Согласно тесту УНП повышен уровень психопатизации. Показатель шкалы TAS (алекситимическая шкала) в пределах нормы. Самооценка по шкале Дембо-Рубинштейн: показатели образа «Я-реальное» в основном занижены, кроме шкал уверенности в себе и общительности, которые резко завышены, и здесь наблюдается слияние всех четырех образов. По пяти шкалам (внешности, интеллекта, честности, трудолюбия и доброты) «Я-презентация» превышает «Я-реальное» и находится на четырех шкалах на максимуме. Отмечается резкое расхождение между всеми четырьмя видами самооценки. Тест на выявление эмоций показал, что наиболее часто испытывает чувства радости, гордости, надежды, беспечности, вины и обиды, но редко – зависти, страха, тревоги, презрения, гнева, скуки и стыда. При оценке жизненных ценностей на первые три места относит наличие хороших друзей, любовь и свободу. Здоровье оказалось на шестом месте.

После выписки из стационара регулярно наблюдалась наркологом амбулаторно, участвовала в групповых психотерапевтических занятиях. Первое время состояние было неустойчивым: отмечалась капризность, конфликтовала с родителями, особенно с матерью, которая требовала строгого соблюдения установленных в семье правил поведения, возмущалась всякий раз, когда дочь не убирала за собой посуду. Несмотря на напряженные отношения, родители взяли её с собой в заграничную поездку.

**Катамнез спустя полгода.** Наркотики не употребляет, посещает нарколога регулярно, в настоящее время медикаментозного лечения не получает, учится на дому с репетиторами, готовится сдать экзамены за 9 класс. Работает у отца на фирме секретарем. Далее намерена учиться в торговом техникуме. Отношения с родителями нормализовались: стали более терпимыми друг к другу. Дружит с парнем, с которым познакомилась во время лечения в отделении (у него тоже ремиссия), он оказывает ей психологическую поддержку. С другими потребителями наркотиков отношения прекратила. Причиной ремиссии считает изменение мировоззрения, которое произошло во время психотерапии.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9).
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

#### № 19

Дмитрий А., 16 лет. Наследственность отягощена алкоголизмом отца. Родился вторым ребенком, есть еще брат 25 лет. Беременность протекала нормально. Раннее развитие протекало своевременно. Посещал детский сад, с 7 лет пошел в школу, учится в основном с оценками «хорошо». В семье доминирует мать. Проживает с родителями. С раннего детства был очень привязан к отцу, который с ним много занимался. Отношения охладели в последние годы, после того, как у отца возникли

проблемы на работе (приватизация предприятия, смена собственника) и он стал злоупотреблять алкоголем. На протяжении последних 3 лет редко бывает трезвым. Мать не может на отца повлиять, так как большую часть времени вынуждена проводить в другой квартире, ухаживая за своим тяжело больным отцом.

По характеру общительный, спокойный, доброжелательный, инициативный. К пьянству отца относится критически, однако, большого возмущения не высказывает, не знает, как ему помочь, поскольку отец от лечения отказывается. С окружающими не очень откровенен, свои проблемы чаще обсуждает со старшим братом, который живет отдельно. Считает, что родителям его проблемы безразличны. В то же время хотел бы быть более откровенен с окружающими. Участвует в школьной самодеятельности, занимается в кружке танцев, успешно выступает на конкурсах, играет в шахматы, футбол, любит путешествовать.

Алкоголь в небольшом количестве впервые попробовал в 11 лет с друзьями за компанию. Состояние опьянения испытал в 12 лет, когда выпил с друзьями. Сначала опьянение понравилось: отмечалось возбуждение, веселость, но закончилось оно тошнотой. После этого несколько недель не мог смотреть на спиртное. В настоящее время выпивает 2-3 раза в месяц преимущественно крепкие напитки («левую» водку) и пиво. Толерантность возросла в 2 раза и составляет 200 мл водки, АС отсутствует. Передозировки отмечаются редко. Алкоголь преимущественно употребляет в компании. Некоторое время назад познакомился с пенсионером, который приглашает к себе молодежь, угощает их алкоголем. Подростки охотно ходят к нему, называют его «дедом».

Тяжелыми заболеваниями не болел, страдает хроническим гайморитом, оперирован, но существенного улучшения нет. Не курит, наркотики не употребляет. Половую жизнь отрицает.

**Результаты экспериментально-психологических исследований.** Уровень невротизации, психопатизации (тест УНП). По данным теста Шмишека диагностируется гипертимная акцентуация. Алекситимический тест в зоне неопределённого диагноза. Самооценка по шкале Дембо-Рубинштейн: показатели образа «Я-реальное» повышены по шкалам трудолюбия, доброты и общительности, где отмечается слияние всех четырех видов самооценки, понижен показатель по шкале здоровья. Соотношение самооценок дисгармоничное. Согласно опроснику частоты возникающих эмоций положительные эмоции преобладают над отрицательными, чувства вины и стыда испытывает очень редко. Результаты теста Спилберга: высокий уровень ситуативной и низкий уровень личностной тревожности. Тест Бэлла показал дизадаптацию в области здоровья.

**Катамнез спустя 1 год.** После окончания школы поступил в энергоуниверситет. Успеваемость хорошая, учебой доволен, успешно сдал сессию, продолжает заниматься танцами, спортом. В течение двух месяцев встречается с девушкой, интимных отношений нет. Из спиртных напитков употребляет только пиво в небольших количествах, о крепких напитках «даже думать противно». Отец продолжает пьянствовать, пропивает всю зарплату, чем ставит семью в сложное положение («даже пищу от него приходится прятать, иначе ничего не останется»). Об отце говорит в ироническом тоне, объясняет его пьянство тем, что «у него на работе все пьют» и исправить это невозможно. Обсуждена проблема привлечения отца к лечению.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

Больной Г., 34 года., рабочий на заводе. Женат 13 лет. Обратился по настоянию матери. Мать – руководитель на производстве, пациент работает у нее в цеху. Женщина властная, демонстрирует заботливое поведение по отношению к сыну. На приеме обеспокоена состоянием и поведением сына, более активна при расспросах врача, часто отвечает «вместо сына».

Алкоголизация пациента около 10 лет, после того, как «начались командировки на работе». Через 2-3 года начались «запой», «начал опохмеляться», «начал спиваться». 4 года назад «кодировался», ремиссия 8 месяцев, два года назад проходил стационарное лечение в наркологическом диспансере – ремиссия 6 месяцев.

На работе часто возникают конфликты с руководством из-за прогулов. От увольнения «спасает мать». Отмечает «постоянные придирки от начальства». Заявляет, что «раз зачислили в плохие работники, так уж и не поверят». Взгляд на свою будущую жизнь, работу и успех в работе – демонстративно скептический. Стрессы «на работе» считает самым стрессогенным фактором своей жизни. Признает, что не может сам «бросить пить», но и не верит, что «хоть кто-то поможет ему». Себя считает «закомплексованным» - «на улице не могу время спросить».

На вторую встречу, по просьбе врача пришел с женой. Жена – тихая, скромная женщина, отмечает властность и грубость супруга в семье. Оба отмечают, что на лечении у психотерапевта настаивала мать пациента, а не жена, хотя на консультацию жена пришла без сопротивления, «с надеждой, что что-то поможет». Жена активно участвует в семейной терапии. На приеме пациент ведет себя как лидер семьи. Работу по дому не выполняет, т.к. считает, что это «женское дело». Патологии памяти, интеллекта не выявлено.

На приеме: ведет себя настороженно, активно демонстрируя «уверенное поведение». В успех лечения не верит, к консультации у врача относится скептически.

Пациент направлен на лечение к участковому наркологу, индивидуальная и семейная терапия продолжена.

Выполните задания:

1. Назовите возможные этические проблемы, которые могут возникнуть при обследовании, и способы, которые помогут их избежать (УК-1, УК-2).
2. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (УК-1, ПК-5).
3. Оцените данные дополнительных методов исследования (УК-1, ПК-5).
4. Сформулируйте клинический диагноз (УК-1, ПК-5).
5. Определите тактику ведения и составьте план лечения (УК-1, ПК-6, ПК-8).
6. Предложите профилактические мероприятия по предотвращению развития данного состояния (УК-1, ПК-1, ПК-2).
7. Перечислите рекомендации, которые Вы дадите после выписки (УК-1, ПК-9) .
8. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования**

**«Ивановская государственная медицинская академия»**

**Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Приложение 2**

**к рабочей программе практики  
«Производственная (клиническая)  
практика – вариативная часть»**

**Индивидуальное задание для выполнения в период прохождения практики  
«Производственная (клиническая) практика – вариативная часть»**

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Направление подготовки: 31.08.21 Психиатрия-наркология

Квалификация выпускника: Врач-психиатр-нарколог

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б2.В1

**Индивидуальное задание для выполнения в период прохождения практики  
«Производственная (клиническая) практика – вариативная часть»**

Ординатор \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. ординатора

Специальность \_\_\_\_\_

Кафедра \_\_\_\_\_

Руководитель практики \_\_\_\_\_  
(должность, кафедра, Ф.И.О. руководителя)

**Перечень специальных практических навыков  
вариативной части практики амбулаторной специализированной помощи**

№	Наименование навыка	Количество
1.	Методика клинического исследования наркологических больных	
2.	Психофармакотерапия.	
3.	Психологические методы исследования	
4.	Активная амбулаторная терапия наркологических расстройств.	
5.	Поддерживающая амбулаторная терапия наркологических расстройств.	
6.	Экспертиза временной нетрудоспособности наркологических больных.	
7.	Определение профессиональных ограничений наркологических больных	
8.	Оформление медицинской документации	

Руководитель практики \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись руководителя) Ф.И.О.

**Индивидуальное задание для выполнения в период прохождения практики  
«Производственная (клиническая) практика – вариативная часть»**

Ординатор \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. ординатора

Специальность \_\_\_\_\_

Кафедра \_\_\_\_\_

Руководитель практики \_\_\_\_\_  
(должность, кафедра, Ф.И.О. руководителя)

**Перечень специальных практических навыков  
вариативной части практики стационарной специализированной помощи**

№	Наименование навыка	Количество
1.	Методика клинического исследования наркологических больных	
2.	Недобровольная госпитализация в наркологических стационар.	
3.	Психофармакотерапия.	
4.	Купирование психомоторного возбуждения.	
5.	Составление индивидуальных программ психосоциальной реабилитации больных.	
6.	Коррекция расстройств сна.	
7.	Экспертиза временной нетрудоспособности психически больных.	
8.	Оформление медицинской документации	

Руководитель практики \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись руководителя) Ф.И.О.

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Ивановская государственная медицинская академия»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Институт последипломного образования**

**Приложение 1  
к рабочей программе практики**

**Оценочные средства и методические материалы  
для проведения промежуточной аттестации по практике  
«Производственная (клиническая) практика – вариативная часть»**

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Направление подготовки: **31.08.21 Психиатрия-наркология**

Квалификация выпускника: **врач – психиатр-нарколог**

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б2.В1

# 1. Паспорт ОС по практике «Производственная (клиническая) практика – вариативная часть»

## 1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина

Код	Наименование компетенции	Этапы формирования
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения	4 семестр
ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	4 семестр
ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов с психическими и поведенческими расстройствами, обусловленными употреблением психоактивных веществ	4 семестр
ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	4 семестр

## 1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

№ п.	Коды компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
1.	ПК-2	<p><b>Знает:</b> организационные аспекты проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации</p> <p><b>Умеет:</b> проводить профилактические медицинские осмотры, осуществлять диспансерное наблюдение</p> <p><b>Владеет:</b> методами клинического обследования пациента</p>	<p>1. Дневник практики</p> <p>2. Ситуационные задачи</p>	Зачет с оценкой, 4 семестр
2.	ПК-5	<p><b>Знает:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- основные патологические состояния, симптомы и синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</li> </ul> <p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- провести квалифицированную диагностику заболеваний на основе данных клинического обследования;</li> <li>- провести квалифицированную диагностику заболеваний на основе данных дополнительных инструментальных и лабораторных методов обследования;</li> <li>- сформулировать клинический диагноз в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;</li> </ul>	<p>1. Дневник практики</p> <p>2. Ситуационные задачи</p>	Зачет с оценкой, 4 семестр

		<b>Владеет</b> - методами диагностики патологических состояний при использовании результатов клинических и дополнительных методов исследования;		
3.	ПК-6	<b>Знает:</b> основные порядки и стандарты ведения и лечения пациентов с психическими и поведенческими расстройствами, обусловленными употреблением психоактивных веществ <b>Умеет:</b> использовать необходимые методы для ведения и лечения пациентов с психическими и поведенческими расстройствами, обусловленными употреблением психоактивных веществ <b>Владеет:</b> навыком составления плана ведения и лечения пациентов с психическими и поведенческими расстройствами, обусловленными употреблением психоактивных веществ	1. Дневник практики 2. Ситуационные задачи	Зачет с оценкой, 4 семестр
4.	ПК-10	<b>Знает:</b> - основы законодательства о здравоохранении и основные документы, определяющие деятельность лечебного учреждения; - общие вопросы деятельности лечебного учреждения в условиях страховой медицины; - принципы медицинской статистики, учета и анализа основных показателей деятельности лечебного учреждения; <b>Умеет:</b> - проводить экспертизу временной утраты трудоспособности <b>Владеет:</b> оформлением учетно-отчетной документации в лечебном учреждении	1. Ситуационные задачи	Зачет с оценкой, 4 семестр

## 2. Оценочные средства

### 2.1. Оценочное средство: дневник практики

#### 2.1.1. Содержание

Во время аттестации по итогам производственной практики проверяется документация, оформленная студентом:

Дневник производственной практики (ПК-2, ПК-5, ПК-6) оформляется в соответствии с требованиями Положения об организации проведения практики обучающихся по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры

#### 2.1.2. Критерии и шкала оценки

Оценка «отлично» выставляется в случае правильного оформления всех разделов дневника, достаточного объема проведенной работы, выполнения необходимых манипуляций, правильного изложения клинических данных, грамотных формулировок клинических диагнозов, назначения больным адекватной терапии, наличия оформленной характеристики базового руководителя с оценкой «отлично» результатов работы.

Оценка «хорошо» выставляется при наличии оформленных разделов дневника, достаточного объема проведенной работы, выполнения достаточного объема манипуляций, правильного изложения клинических данных, несущественных ошибках при формулировке клинических

диагнозов, назначения больным адекватной терапии, наличия оформленной характеристики базового руководителя с оценкой «отлично» или «хорошо» результатов работы.

Оценка «удовлетворительно» выставляется при наличии ошибок при изложении основных разделов, недостаточного объема выполненных манипуляций, ошибок при формулировке клинических диагнозов, наличия оформленной характеристики базового руководителя с положительной оценкой результатов работы.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется при полном несоблюдении схемы оформления дневника, неадекватном изложении основных разделов, отсутствии некоторых разделов, неправильных формулировках клинического диагноза, неадекватном и необоснованном назначении лекарственных препаратов, отсутствия характеристики базового руководителя или при наличии оформленной характеристики базового руководителя с отрицательной оценкой результатов работы.

### **2.1.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания:**

Преподаватель проверяет основные разделы дневника, при необходимости, задавая вопросы по клиническим случаям, формулировкам диагнозов, лечению. Ординатор комментирует записи, сделанные в «Дневнике производственной практики». Оценивается правильность оформления обязательных разделов дневника, оформления клинических диагнозов, объем выполненных навыков.

## **2.2. Оценочное средство: комплект ситуационных задач.**

### **2.2.1. Содержание**

Аттестация практических навыков проводится на ситуационных задачах и представляет собой проверку навыков клинического мышления (оценка результатов физикального обследования, интерпретация данных лабораторных и инструментальных методов обследования, оформление клинического диагноза, определения тактики ведения и лечения пациента).

*Пример ситуационной задачи:*

Больная 16 лет. Наследственность психическими заболеваниями неотягощена. Отец имеет высшее техническое образование, мать – среднее педагогическое, отношения в семье доброжелательные, равноправные.

Родилась в срок первым ребенком в семье, есть еще сестра 6 лет. Раннее развитие соответствовало возрасту. Семья состоятельная: родители занимаются бизнесом. Воспитывалась по типу «кумира семьи» с элементами гиперопеки: родители контролировали строго её поведение, но удовлетворяли все её требования, окружающие ей «постоянно восхищались». Ситуация изменилась после рождения младшей сестры 6 лет назад: ей стали меньше уделять внимания, что её не устраивало.

В школу пошла 7 лет, училась хорошо. В компании была лидером, стремилась быть на виду. Оценивая свой характер, говорит, что она «стрелец»: упрямая, «меня ничего не остановит».

Впервые попробовала внутривенно героин в 14 лет после смерти друга от передозировки, считала, что «с одного раза ничего не будет». Эйфория продолжалась около 3 часов. Состояние было похоже на опьянение. Быстро появилось психическое влечение преимущественно в виде навязчивых мыслей и представлений о наркотиках. Абстинентный синдром сформировался после 30 инъекций. Продолжительность его около 5 дней, средней степени выраженности в виде типичной «ломки». С 15 лет эпизодически курит анашу, как правило, делает это для усиления действия героина. При отсутствии наркотиков эпизодически употребляла для эйфории реланиум и фенозепам.

Спиртное впервые попробовала в 15 лет: выпила около 300 г водки для снятия героиновой «ломки», с тех пор практически его не употребляет. Курит с 15 лет, в среднем в день выкуривает 10-12 сигарет. Испытывает влечение к сигаретам.

Впервые за помощью обратилась в областной наркологический диспансер в возрасте 14 лет по инициативе родителей, но убежала из поликлинического отделения раздетая. По настоянию родителей весной 2000 г. находилась на стационарном лечении в областной психиатрической больнице в течение 1 месяца. Получала медикаментозное лечение, проведено три беседы с психологом. Еще во время лечения была уверена, что продолжит наркотизацию, которую возобновила через 1 месяц, как только родители стали отпускать ее одну из дома.

*Выполните задания:*

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план и оцените данные дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

### **2.2.2. Критерии и шкала оценки**

Оценка «отлично» выставляется в случае грамотного анализа выявленных симптомов и синдромов, формулирования предварительного диагноза, составления адекватного и обоснованного плана обследования пациента, грамотной оценки результатов дополнительных методов обследования, правильной формулировки клинического диагноза в соответствии с современными классификациями, обоснованного и адекватного назначения средств медикаментозной и немедикаментозной терапии.

Оценка «хорошо» выставляется в случае проведения анализа основных симптомов и синдромов, формулирования предварительного диагноза основного заболевания, составления адекватного плана обследования пациента, проведения оценки результатов дополнительных методов обследования, правильной формулировки клинического диагноза без полной детализации, адекватного назначения средств медикаментозной и немедикаментозной терапии.

Оценка «удовлетворительно» выставляется в случае простого перечисления выявленных симптомов и синдромов, определения основной нозологической формы, перечисления методов обследования пациента и их оценки, краткой формулировки клинического диагноза, перечисления средств медикаментозной и немедикаментозной терапии.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется в случае отсутствия формулировок симптомов и синдромов, неадекватного определения нозологической формы, невозможности составить план обследования и оценить полученные результаты дополнительных методов обследования, отсутствии правильной формулировки клинического диагноза.

### **2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания:**

Оценка практических навыков осуществляется на базах производственной практики в ходе выполнения заданий к клинической ситуации. Оценивается каждое задание по 5-бальной системе.

### **3. Критерии получения студентом зачета по дисциплине**

Итоговая оценка на зачете по производственной практике формируется как среднее арифметическое оценок за два этапа. И выставляется в 5-бальной системе в дневник производственной практики, зачетную ведомость и зачетную книжку ординатора.

## СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

### АМБУЛАТОРНАЯ ПОМОЩЬ

#### № 1

Больной К., 34-х лет.

Родился в асфиксии, реанимировали при рождении, отставал в развитии. С детства отличался робостью, несамостоятельностью, замкнутостью и нерешительностью. Постоянно испытывал трудности с адаптацией в коллективах сверстников. Окончил вспомогательную школу. Получил специальности штукатур-маляра и слесаря-сантехника, в последнем случае сам проявил инициативу в образовании. Работал по этим специальностям, сменил несколько мест работы, «искал, где больше зарплата». Последние два года не работает, находится на иждивении родителей. С 20-летнего возраста начал употреблять алкоголь, почти сразу пил ежедневно, мог в течение дня выпить до 1,5 л водки, несколько лет опохмеляется, испытывает в состоянии похмелья тошноту, головную боль, тремор, плохое настроение. На фоне массивной алкоголизации 7 – 8 лет назад в течение двух недель у себя дома видел «инопланетян в железных латах с три метра ростом», которые потом «испарились». 6 лет назад стал слышать на улице за окном «голоса» мужчин и женщин, предположил, что это могли быть те инопланетяне. Но чаще считал их голосами обычных людей. Продолжал алкоголизироваться. «Голоса» изредка пропадали, но чаще слышал их постоянно, то более громкими, то очень тихими. «Голоса» угрожали, говорили «убьем, зарежем». Приказывали покончить с собой, совершить убийство. Дважды лечился по поводу галлюцинаций в наркологическом отделении, при последнем обострении был из наркоотделения переведен в психиатрическую больницу. При обострении галлюцинаторных переживаний просит фиксировать его к кровати, «чтобы не сделать ничего дурного».

Во время пребывания в психиатрическом отделении пассивен, много лежал, дремал, мало общался с больными. Лечение нейролептиками переносил хорошо, была замечена попытка спрятать таблетки циклодола. Периодически начинал активно просить о выписке или пробном отпуске. Дважды после возвращения из пробного отпуска наблюдалось обострение галлюцинаторной симптоматики.

При беседе охотно отвечает на вопросы. Достаточный словарный запас, неплохо ориентируется в бытовых, житейских вопросах. Старается предстать в лучшем свете. Так, скрыл, что заканчивал вспомогательную школу. Суждения соответствуют возрасту, образованию и образу жизни. В процессе общения живо реагирует на шуточные замечания, улыбается, синтонен. Дольше обдумывает более сложные вопросы. Активной психотической симптоматики в настоящее время нет. Признался, что почти все время за последние годы слышит «голоса», «приказывают бросить курить, больше спать, чтобы все быстрее прошло». Сейчас считает их проявлениями болезни.

По результатам психологического исследования выявлены значительное ослабление памяти, истощаемость внимания.

Невролог диагностирует резидуальную энцефалопатию.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план и оцените данные дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

#### № 2

Больной В., 53-х лет.

Отец злоупотреблял алкоголем. В детстве развивался правильно, получил среднее образование, отслужил в армии, много лет работает шофёром. Женат, имеет дочь. Отношения в семье с самого начала складывались неровно. Жена характеризует его как человека эгоистичного, заботящегося преимущественно о себе. Когда жена ему противоречила, легко начинал срываться, скандалить. Жена отмечает пренебрежительный тон в свой адрес, нередкие попытки унижить её. Сам больной считает, что жена упрямая и недалёкая женщина с тяжёлым характером. Сексуальные отношения складывались негармонично. Нарушений в этой сфере у больного не было, был достаточно активен, но заботился только о своём удовлетворении.

Всегда был общителен, все вечера после работы проводил в компании сослуживцев в гараже, там занимал лидирующее положение, был в центре внимания, имел репутацию остролова, пользовался уважением. При таких встречах традиционными были выпивки. Больной объясняет, что пил для расслабления после рабочего дня, но главным образом - для поддержания компании, «полёта фантазии и куража». Последние годы отмечает, что уже с утра предвкушал вечерние встречи, приём алкоголя, испытывал при этом воодушевление и радость, торопил время. Количество выпитого постепенно увеличилось до 0,5 - 0,75 литра водки, к концу опьянения все чаще становился раздражительным и недовольным, особенно усиливались эти чувства к моменту возвращения домой. По утрам стал испытывать дискомфорт, дурноту, «чувство заболевания всего организма, разлом, неуверенность в руках». Начал опохмеляться, использовал различные ухищрения, чтобы пройти предрейсовый контроль. Несколько раз не допускался до работы. Начались конфликты с руководством предприятия, ему поставили условие: пролечиться и прекратить выпивки, в противном случае обещали уволить. Съездил в областной центр, где «закодировался» у частного нарколога. Настроился на трезвость, три месяца не выпивал.

С начала периода трезвости чувствовал себя «не в своей тарелке». На вечерние встречи в гараже ходить перестал, так как боялся момента, когда ему предложат выпить, а он вынужден будет отказаться. Опасался насмешек и потери авторитета, считал, что трезвость унижит его в глазах приятелей. Появилось много свободного времени, которое он проводил дома с семьей. Обнаружил, что и жена и дочь отдалились от него, дочь стала дерзить, не достаточно уважала. Ощущал себя неприкаянным, не знал, чем заняться и как «убить» время. Срывал досаду и раздражение на жене и дочери. Во время сексуального контакта с женой неожиданно для больного не было полноценной эрекции, «кое-как довёл дело до конца». Жена ничего ему не сказала, но почувствовал, что она злорадствует. С этого момента стал испытывать страх перед половыми контактами, был напряжён, неуверен, проблемы с эрекцией сохранялись. С ужасом думал, что упал в глазах жены, и ей теперь ничего не стоит «морально его раздавить». Стал уклоняться от близости с женой, ближе к вечеру провоцировал скандалы. Настроение стало сниженным, испытывал чувство подавленности, тревогу, «потерял себя». Появилась слабость, неуверенность, мысли, что может не справиться с управлением автобусом, совершит аварию. Плохо засыпал, спал беспокойно, иногда снились кошмарные сновидения. Пропал аппетит, похудел на 2 килограмма, осунулся. Чувствовал, что с ним «что-то неладное». Обратился на приём к невропатологу ЦРБ, который диагностировал начальные явления церебрального атеросклероза.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план и оцените данные дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

### **№ 3**

Больной Я., 13 лет.

Родители пробанда, а также их родственники, страдают алкоголизмом. Мать с юности отличалась неустойчивым характером, часто меняла мужчин, уезжала в другие города. Пробанд

родился от внебрачной связи. Беременность протекала с токсокозом. Родной отец ребенком никогда не интересовался. Раннее развитие соответствовало возрасту. Посещал детский сад, адаптировался хорошо.

С раннего детства и до настоящего времени воспитывается малограмотной прабабушкой, которая раздражительна, кричит на правнука, он её слушается плохо. Последние 6 лет мать жила со вторым мужем, который также злоупотреблял алкоголем, дома были конфликты. Несколько месяцев назад он умер от черепно-мозговой травмы (обстоятельства неизвестны).

Тяжелыми заболеваниями не болел, перенес грипп. Посещал детский сад, адаптировался в коллективе хорошо. По характеру спокойный, обидчивый, упрямый со взрослыми, но легко поддавался влиянию сверстников. В школу пошёл в срок, учился посредственно, было неинтересно. Поведение нарушилось с 11 лет: стал непослушен, целые дни проводил на улице с друзьями, конфликтовал со взрослыми, никакие меры воздействия не помогали. Из-за прогулов снизилась успеваемость, дважды дублировал обучение в 5 и 6 классах. Увлечений не имел. Практически все время семья находилась в стеснённых материальных условиях, а последние годы жили в нищете.

Курить стал с 9 лет под влиянием друзей, в настоящее время выкуривает по 5-10 сигарет в день. Алкоголь не пробовал. Клей «Спрут» впервые предложили друзья в возрасте 12 лет. Вдыхал его, налив в пластиковый мешок. Состояние одурманивания понравилось, испытывал удовольствие: «балдел», «видел мультики». В это время был заторможен, окружающее не воспринимал. Вдыхал клей вместе с друзьями несколько раз в неделю. В последнее время стал отмечать, что количество клея, необходимого для получения удовольствия, увеличилось примерно в два раза. Спустя 2-3 месяца стал испытывать влечение к ЛОВ, которое проявлялось снижением настроения, а также воспоминаниями и фантазиями на тему употребления ЛОВ.

Впервые был направлен к наркологами милицией в возрасте 13 лет, согласился на лечение под давлением обстоятельств, т.к. был поставлен на учет в ИДН. В подростковом стационаре находился 13 дней, получал медикаментозное лечение. Выписан по настойчивой просьбе. После выписки из стационара амбулаторно не наблюдался, лечения не принимал, продолжает периодически вдыхать клей, но реже. Прабабушка пытается его контролировать, регулярно «обнюхивает».

**Экспериментально-психологические исследования.** Диагностируется гипертимная акцентуация по тесту Шмишека, по тесту УНП повышен уровень психопатизации, показатель алекситимического теста в зоне неопределенного диагноза.

При беседе заинтересованности не проявляет, немногословен, легко отвлекается, формально соглашается с необходимостью изменить свою жизнь, однако от помощи отказывается, даже когда ему предлагают посещать центр социальной поддержки, где он может получать нормальное питание. Уровень знаний не соответствует образованию. Круг интересов сужен, увлечений не имеет. Абстрактное мышление доступно. В настоящее время дополнительно занимается с учителем на дому, исправляет неудовлетворительные отметки.

*Выполните задания:*

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план и оцените данные дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

#### **№ 4**

Больная 16 лет. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Отец имеет высшее техническое образование, мать – среднее педагогическое, отношения в семье доброжелательные, равноправные.

Родилась в срок первым ребенком в семье, есть еще сестра 6 лет. Раннее развитие соответствовало возрасту. Семья состоятельная: родители занимаются бизнесом. Воспитывалась по типу «кумира семьи» с элементами гиперопеки: родители контролировали строго её поведение, но

удовлетворяли все её требования, окружающие её «постоянно восхищались». Ситуация изменилась после рождения младшей сестры 6 лет назад: ей стали меньше уделять внимания, что её не устраивало.

В школу пошла 7 лет, училась хорошо. В компании была лидером, стремилась быть на виду. Оценивая свой характер, говорит, что она «стрелец»: упрямая, «меня ничего не остановит».

Впервые попробовала внутривенно героин в 14 лет после смерти друга от передозировки, считала, что «с одного раза ничего не будет». Эйфория продолжалась около 3 часов. Состояние было похоже на опьянение. Быстро появилось психическое влечение преимущественно в виде навязчивых мыслей и представлений о наркотиках. Абстинентный синдром сформировался после 30 инъекций. Продолжительность его около 5 дней, средней степени выраженности в виде типичной «ломки». С 15 лет эпизодически курит анашу, как правило, делает это для усиления действия героина. При отсутствии наркотиков эпизодически употребляла для эйфории реланиум и фенозепам.

Спиртное впервые попробовала в 15 лет: выпила около 300 г водки для снятия героиновой «ломки», с тех пор практически его не употребляет. Курит с 15 лет, в среднем в день выкуривает 10-12 сигарет. Испытывает влечение к сигаретам.

Впервые за помощью обратилась в областной наркологический диспансер в возрасте 14 лет по инициативе родителей, но убежала из поликлинического отделения раздетая. По настоянию родителей весной 2000 г. находилась на стационарном лечении в областной психиатрической больнице в течение 1 месяца. Получала медикаментозное лечение, проведено три беседы с психологом. Еще во время лечения была уверена, что продолжит наркотизацию, которую возобновила через 1 месяц, как только родители стали отпускать ее одну из дома.

*Выполните задания:*

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план и оцените данные дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

## **№ 5**

Больной И., 15 лет. Наследственность психическими заболеваниями неотягощена. Был желанным ребенком. К моменту его рождения матери было 32 года, отцу – 59 лет. Беременность у матери протекала тяжело, был токсикоз беременности, длительное время находилась в больнице. Родился весом 1,5 кг вторым из двойни, первой родилась сестра. Родители по характеру спокойные, уравновешенные. Сестра в настоящее время учится в 10 кл., здорова. В раннем детстве развивался соответственно возрасту. Посещал детский сад, в коллективе адаптировался нормально.

Перенесенные заболевания: ветряная оспа, операция по поводу крипторхизма, в возрасте 13 лет был сбит автомашиной, в течение трех дней находился в коме, был диагностирован ушиб мозга. Однако, процесс восстановления шел быстро и энцефалопатических явлений к настоящему времени не отмечается.

Воспитывался с раннего детства в условиях гиперопеки. Отец умер от инсульта, когда мальчику было 9 лет. Смерть отца переживал тяжело: было пониженное настроение в течение месяца, но за помощью по этому поводу не обращался. Вскоре мать заболела онкологическим заболеванием, и ей была определена I группа инвалидности. С этого времени его воспитанием почти не занимались. К матери всегда относился тепло, отмечалась чрезмерная привязанность. По характеру мягкий, добрый, поддается чужому влиянию, однако стремится к лидерству, легко дает обещания, но не выполняет их. С младших классов школы увлекался спортом. Прекратил занятия по материальным причинам.

Первую сигарету выкурил в возрасте 7 лет по предложению друзей. В этом же возрасте впервые попробовал алкоголь (случайное употребление), опьянения не было. Впервые опьянел в

возрасте 11 лет, когда друзья пришли в гости со спиртным. Была тошнота, сонливость и головная боль. Опыление не понравилось. В дальнейшем спиртное (крепкие напитки и самогон) употреблял 1 раз в неделю «для смелости и общительности». Толерантность к моменту осмотра увеличилась в 2-3 раза, достигла 500 мл водки. Алкоголь употребляет только в компании, чаще на дискотеке. Влечение к алкоголю, АС отрицает, однако отмечает, что «перепивает» достаточно часто.

Впервые попробовал курить коноплю в возрасте 12 лет, угостил старший друг. Испытал приятные ощущения: было психомоторное возбуждение, веселость. Курил периодически в среднем с частотой 1 раз в месяц. Через полгода впервые попробовал самодельный опиум по собственной инициативе. С 13 лет стал употреблять героин. С этого же возраста эпизодически употреблял «винт».

К моменту осмотра основной наркотик - героин, который периодически чередовал с самодельным опиумом. Толерантность увеличилась в 8 раз. Психическое влечение к опиатам почувствовал спустя 1 месяц: вне наркотического опьянения понижалось настроение, становился раздражителем, постоянно возникали воспоминания о наркотике. Абстинентный синдром сформировался спустя 2 месяца после 50 приемов наркотика, оценивает его как тяжело переносимый: проявляется болью в суставах и животе, поносе, нарушении сна. Продолжительность его около 5 дней. На фоне приема наркотиков резко снизилась успеваемость, плохо понимал учебный материал, стал прогуливать занятия. Чтобы достать деньги на наркотики совершал кражи.

В школе общался с подростками, употребляющими наркотики. Половую жизнь начал в 14 лет, инициатором был сам, партнерша – ровесница. Мотивация- получение удовольствия и самоутверждение – «сразу же побежал рассказывать друзьям»..

За медицинской помощью впервые обратился в возрасте 15 лет по инициативе матери, находился в наркологическом подростковом стационаре. К лечению относился формально. Выписан по настойчивой просьбе с согласия матери. В течение 4 месяцев воздерживался от употребления наркотиков, потом решил попробовать «уколоться один раз для проверки», в результате оказался в реанимационном отделении из-за передозировки. Выписан домой после выведения из комы. Вторая госпитализация в наркологическую больницу - по инициативе самого больного: «чтобы не расстраивать мать», находился на лечении 24 дня. Получал медикаментозное лечение и психотерапию. Установка на будущее неясная.

**Результаты экспериментально-психологических исследований.** Тест Шмишека диагностирует возбудимую и эмотивную акцентуацию. По данным теста УНП повышен уровень невротизации и психопатизации. Тест на алекситимию показал её повышенный уровень (80 баллов). Самооценка по данным теста Дембо-Рубинштейн в основном находится в пределах условной нормы.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план и оцените данные дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

## СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ

### № 1

Больная З., 47 лет.

Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Известно, что более 15 лет злоупотребляет алкоголем, испытывает влечение к алкоголю, толерантность до 0,5 литров водки,

сформирован ААС с тремором, тошнотой, общим дискомфортом, опохмеляется несколько лет, пьет запоями. Около 6 лет не работает, живет на пенсию матери и случайные заработки, опустила, проводит время в притонах. Пыталась лечиться у наркологов, но без эффекта. Около 3-х лет наблюдаются психические расстройства. Настоящее ухудшение в течение двух месяцев. Прекратила выпивки, стала замкнутой, перестала следить за собой, не ела, не мылась, не разговаривала с окружающими. При поступлении была возбуждена, негативистична, застывала в одной позе, сведений о себе не сообщала. Постепенно психотическая симптоматика купировалась.

При беседе неряшлива, непричесанна. На вопросы отвечает охотно, эмоциональные реакции живые, улыбается. Рассказала, что на протяжении 3-х лет в весеннее время по несколько месяцев слышит «голоса» со стороны, которые ей угрожают, приказывают что-либо делать. Замечает в это время слежку за собой, что окружающие смотрят не нее по-особому. Кажется, что вместо родственников какие-то другие люди. Осенью и зимой состояние улучшается, неопределенно говорит, что «почти все проходит», но остаются ли какие-то переживания, не рассказывает. Полностью к переживаниям не критична, хотя элементы формальной критики прослеживаются. Имеется алкогольная анозогнозия.

При психологических исследованиях выявлены признаки органического изменения когнитивных функций. Диссоциативных расстройств мышления не выявлено.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план и оцените данные дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

## **№ 2**

Больной М., 54года

Данная госпитализация первая, ранее у психиатров не лечился, наследственность психопатологически неотягощена, родился недоношенным, посещал ДДУ. Плохо усваивал учебный материал, ленился. Дублировал 7 класс, после этого перешёл в ПТУ, получил специальность слесаря. Работал по специальности, одновременно окончил ШРМ. Отслужил полный срок в армии в войсках ПВО в Германии, получил специальность водителя. После демобилизации продолжал работать водителем, в последние годы работает в охране. Был женат, от брака имеет взрослую дочь, 7 лет назад жена от него ушла. Стал проживать с сожительницей, которая умерла 2 года назад. Тяжелыми соматическими заболеваниями ранее не болел. Алкоголь стал употреблять с 16 лет 1-2 раз в неделю. После армии алкоголизация носила систематизированный характер, алкоголизировался по несколько дней подряд. Отмечался рост толерантности, которая достигала около 1л. водки в день. Употреблял суррогаты, напивался до выраженного опьянения. Опохмеляться стал в возрасте 30 лет. Пьянство усилилось 5 лет назад, когда стал сожительствовать с женщиной. Со слов матери, у больного якобы были «припадки», во время которых он замирал на короткое время, не реагировал на окружающих, падений и судорог не отмечалось. В октябре прошлого года больной лечился в терапевтическом отделении по поводу пневмонии. На фоне высокой температуры у него отмечались эпизоды зрительных галлюцинаций. Психиатром консультирован не был, терапевтами состояние было расценено как «белая горячка». После выписки из больницы, со слов больного и его матери, употребление алкоголя прекратил. В это время мать обратила внимание, что больной стал рассеян, забывчив, собирался на работу в не положенное время, был вынужден записывать порученные ему дела. Нарушилась способность к самообслуживанию, стал неряшлив. В конце декабря состояние резко ухудшилось, стал говорить, что его хотят убить, нарушился сон. Врачами СП определялось повышенное АД. При очередном вызове СП был доставлен в ОНД, откуда направлен в данную больницу. При поступлении больной не откровенен, переживания раскрывает плохо, настроение снижено, отмечается снижение памяти

на текущие события. АД 170/100мм.рт.ст. В дальнейшем в отделении высказывал бредовые идеи преследования.

При обследовании психологом выявлено нарушение памяти преимущественно кратковременной и внимания, а также неустойчивость динамики психических процессов.

Невропатологом диагностирована энцефалопатия сложного генеза (токсического, дисциркуляторная).

Терапевтом выявлены: хронический бронхит, пневмосклероз, ДН.

Под влиянием лечения (нейролептики, ноотропы) состояние больного постепенно улучшилось, настроение выровнялось. Стал охотнее общаться, себя обслуживает полностью, улучшилась память и способность концентрации внимания, однако психическое состояние остается неустойчивым, периодически обостряются бредовые идеи преследования, говорит, что в отделении находятся подозрительные люди, становится тревожным.

При беседе контакту доступен, на вопросы отвечает по существу, высказывает озабоченность тяжелой болезнью отца, просит отпустить его домой, чтобы повидаться с ним. Критика к болезни формальная, - «раз нахожусь в больнице - значит болен». Отмечает, что в последние месяцы ухудшилась память, стал рассеянным. Высказывает бредовые идеи преследования: считает, что в декабре за ним стали следить лица, пытавшиеся ранее проникнуть на охраняемую территорию, узнавал их по подозрительному поведению и жестам, его друзья в разговорах намекали, что задержанные им на работе люди, хотят ему отомстить, замечал возле своего дома подозрительные машины, пытался выяснить отношения с одним из «преследователей», но тот заявил, что не знаком с ним. Мышление достаточно последовательное, логичное, смысл метафорических выражений интерпретирует правильно, алкогольные ассоциации не выявлены.

*Выполните задания:*

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план и оцените данные дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

### **№ 3**

Больной З., 31 год

Наследственность отягощена - дядя и дед по линии матери страдали психическими расстройствами, диагноз не известен. Родился в срок. Раннее развитие без особенностей. В школу пошел своевременно. С детства был малообщительным. Испытывал затруднения в контактах со сверстниками, в классе его считали «белой вороной». Изменения в характере появились приблизительно в 12 лет: усилилась замкнутость, стал холоден к окружающим, перестал справляться с учёбой. Подвергался насмешкам со стороны одноклассников, в связи с чем возникали суицидальные мысли, в это время появились навязчивые мысли «сделать что-то плохое в отношении окружающих», боролся с собой и никогда этих поступков не совершал, появились также страхи, что с ним или родственниками может случиться что-то страшное, боялся иметь дело с электроприборами, для облегчения страхов совершал ритуальные действия. Стал плохо справляться с учёбой, в связи с чем перешёл на обучение в ШРМ, одновременно учился на курсах на столяра. В армии не служил по болезни: ограничение в движении левой руки из-за повторных переломов в возрасте 4 и 8 лет. После окончания обучения на работу устроиться не смог, временами «калымил», настроение часто было пониженным, испытывал изменённость собственного «Я» и окружающего. Впервые находился на лечении в психиатрической больнице 7 лет назад, перед госпитализацией стали возникать мысли, что его состояние обусловлено посторонним воздействием. Был госпитализирован в данную больницу по инициативе районного психиатра. В отделении: настроение понижено, описывает чувство своей изменённости и изменённости окружающего мира, путаницы мыслей, которую считает результатом воздействия.

При обследовании психологом выявлены структурные расстройства мышления. В процессе лечения (нейролептиками) состояние больного улучшилось, и он был отпущен в пробный отпуск, в это время он стал злоупотреблять алкоголем и на следующий день совершил суицидальную попытку - порезал себе шею, была оказана помощь в хирургическом отделении. Со слов больного он был консультирован психиатром, но не госпитализирован повторно. Даны рекомендации по амбулаторному лечению, в дальнейшем психиатра посещал нерегулярно. Имеющаяся у больного симптоматика сохранялась, в связи с пониженным настроением самостоятельно принимал amitriptilin или алкоголь, быстро росла толерантность (до 2л.), исчез рвотный рефлекс, однако, абстинентный синдром не сформировался. Длительное пьянство прерывалось, когда больной принимал антидепрессанты. Около года назад, на фоне злоупотребления алкоголем, но вне состояния опьянения попытка утопиться в реке, но не смог утонуть, сам выбрался на берег, окружающим объяснил это «несчастливым случаем». За прошедшее время больной так и не смог устроиться на постоянную работу, находился на иждивении родителей, иногда подрабатывал без оформления договора, данная госпитализация связана с решением вопроса о нетрудоспособности. В отделении малообщителен, пассивно подчиняем, свободное время проводит либо у телевизора, либо читает книги. Жалуется на навязчивые мысли и пониженное настроение, рассматривает своё состояние как болезненное, критически оценивает свои высказывания о возможном воздействии на него. Голос тихий монотонный, мимика бедная, планов на будущее нет. Считает себя нетрудоспособным.

Соматоневрологически: патологии не выявлено. При повторной консультации психолога выявлены аналогичные расстройства, что и при первой госпитализации.

*Выполните задания:*

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план и оцените данные дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

#### **№ 4**

Больная К., 17 лет.

Наследственность отягощена: все дети в семье обучаются в специальной школе, одному из братьев поставлен диагноз умственной отсталости. Живет с матерью и отчимом, братьями и сестрами. Развитие в раннем детстве без отставания. Сразу начала обучаться в специальной школе. В детские годы ставился диагноз энуреза, дислалии. Была спокойной, исполнительной, старательной, послушной. В школе училась неплохо. В течение последнего года стали возникать конфликты в школе с одноклассниками и дома с отчимом и сестрами. Стала грубой, упрямой, непослушной, конфликтовала дома и в школе. Любит драться. Несколько раз уходила из дома, проводила время в компании с асоциальными интересами, последний раз жила вне дома 3 месяца. В этой компании отношения складывались хорошо. С 14 лет употребляет алкоголь, пьет практически ежедневно, по ее словам, пьет «все, что горит: пиво, водку, самогон, спирт». Отмечается рост толерантности – до 0,5 л самогона или водки или 5 л пива в сутки. Утрачен рвотный рефлекс, начинает формироваться абстинентный синдром, изредка опохмеляется.

В психиатрическую больницу поступила впервые. В отделении общается с молодыми по возрасту больными, вежлива с врачом, могла быть грубой с пожилыми больными. В отделении хорошо адаптировалась, соблюдала режим. Лидирует среди больных, с которыми общается. Следит за собой, аккуратна, использует косметику. Расстроилась и долго плакала, когда плохо по ее мнению справилась с психологическим тестом.

При беседе держится напряженно (клинический разбор с группой курсантов), глаза опущены, руки теребят пояс от халата. Временами смотрит в глаза, взгляд живой, эмоциональные реакции достаточно живые. Отвечает односложно. Отказалась рассказывать о сути домашних конфликтов.

Хорошо ориентируется в бытовых вопросах, понимает смысл задаваемых вопросов, отвечает без раздумий. Сравнения производит по существенным признакам. У нескольких пословиц не смогла найти переносный смысл, при этом волновалась, почти сразу отказывалась отвечать, говорила, что не знает, конкретных ответов при этом не давала. Суждения носят легковесный характер, несерьезна. В то же время планирует получить специальность, работать. С формальной критикой относится к своему поведению.

По результатам психологического исследования выявлены интеллектуальные нарушения по типу педагогической запущенности.

Невролог диагностирует резидуальные явления минимальной мозговой дисфункции.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план и оцените данные дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).
5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

### № 5

Больная А., 18 лет.

Отец страдал алкогольной зависимостью, перенес несколько алкогольных галлюцинозов. Мать характеризует девочку до 14-летнего возраста как спокойную, добрую, послушную. Сама больная считает, что не достаточно получила тепла и внимания от родителей, воспитывалась с отчимом. С 14 лет попала в компанию, где все активно употребляли алкоголь. В этой компании начала курить, выпивать. Под влиянием подруги ушла из дома, «захотелось свободы», месяц жили в подъезде, уходили в монастырь но там стало скучно. К настоящему времени описывает влечение к алкоголю, «хочется выпить», алкоголь улучшает настроение. Выпивает до 3-х литров пива, до 0,5 л водки. Утрачен рвотный рефлекс. Сведения о частоте употребления алкоголя дает противоречивые. Около 1 месяца отмечает формирование абстинентного синдрома в виде тошноты, тремора. Опохмеление отрицает. Несколько раз после алкоголизации слышала голос со стороны, который предлагал ей выпить. Несколько раз пробовала наркотики: один раз курила ананашу, ей не понравилось, дважды в/в вводила «винт» по совету подруги, «было на все наплевать», не смогла четко объяснить, почему прекратила прием. Несколько раз дышала клеем, понравилось. Мать застала ее за этим занятием, было «стыдно», поэтому «дышать» прекратила. Несколько раз за последние годы совершала суицидальные попытки. Перед поступлением в больницу написала письма матери, в которых обвиняла себя в плохом поведении, говорила о нежелании жить. Стала замкнутой, устраивала «истерички», боялась оставаться одна. В связи с таким состоянием была госпитализирована в психиатрическую больницу.

В отделении спокойна, соблюдает режим, общается с молодыми, сохранными пациентками, тяготеет обществом пожилых и возбужденных больных.

При беседе спокойна, вначале отвечала на вопросы уклончиво, затем стала более откровенна. Сказала, что всю жизнь плохо к себе относится, не любит себя за свой характер, не может отстоять свое мнение, легко поддается чужому влиянию. Считает, что окружающие могут ее недолюбливать за то же самое. Суждения инфантильны, поверхностны. Не строит реальных планов на будущее, «выпишусь, там видно будет». Своим состоянием, сложившейся ситуацией всерьез не обеспокоена. В отношении злоупотребления алкоголем имеется анозогнозия. Соматически, неврологически здорова.

Выполните задания:

1. Оцените состояние пациентки, поставьте предварительный диагноз (ПК-5).
2. Составьте план и оцените данные дополнительных методов исследования (ПК-5).
3. Сформулируйте клинический диагноз (ПК-5).
4. Определите тактику ведения и составьте план лечения (ПК-6).

5. Составьте план диспансерного наблюдения (ПК-2).
6. Назовите документы, которые необходимо заполнить при поступлении и ведении пациента (ПК-10).

**Министерство здравоохранения Российской Федерации**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Ивановская государственная медицинская академия»**

Кафедра иностранных языков

**Приложение 1**  
**к рабочей программе дисциплины**

**Оценочные средства и методические материалы**  
**для проведения промежуточной аттестации по дисциплине**  
**«ИНОСТРАННЫЙ ЯЗЫК В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ»**

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации  
Тип образовательной программы: программа ординатуры  
Направление подготовки (специальность): 31.08.21 Психиатрия-наркология  
Квалификация выпускника – врач – психиатр-нарколог  
Форма обучения: очная  
Срок освоения образовательной программы: 2 года  
Код дисциплины: ФД.1

## Паспорт ОС по дисциплине

### 1. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, срок проведения
<p><b>Знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- лексический минимум в объеме 4000 учебных лексических единиц общего и терминологического характера;</li><li>- основную медицинскую и фармацевтическую терминологию на иностранном языке;</li><li>- грамматические правила изучаемого языка;</li><li>- приемы и основы перевода профессионально ориентированных текстов;</li><li>- иностранный язык в объеме, необходимом для получения профессиональной информации из зарубежных источников и общения на профессиональном уровне.</li></ul> <p><b>Уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- понимать устную и письменную речь, распознавать, правильно переводить и употреблять грамматические формы и конструкции, типичные для медицинской литературы, делового общения, а также бытовых и страноведческих тем;</li><li>- отбирать и систематизировать полученную информацию на иностранном языке;</li><li>- фиксировать необходимую информацию из прочитанного на иностранном языке в виде аннотаций;</li><li>- логически верно аргументировать и ясно строить устную и письменную речь.</li></ul> <p><b>Владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- навыками работы со словарями, справочной литературой, печатными изданиями по профессионально ориентированной литературе;</li><li>- грамматическими правилами и разговорными формулами иностранного языка;</li><li>- приемами и основами перевода специальных текстов;</li><li>- навыками аналитической переработки полученной информации.</li></ul>	<p>Комплекты:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. грамматических заданий</li></ol>	<p>Зачет</p>

## 2. Оценочные средства

### 2.1. Оценочное средство: грамматические задания

#### Английский язык

##### I. Раскройте скобки.

1. Health remains the supreme goal at all times. 2. Next year after he (to finish) internship he (to enter) a residency. 3. In Great Britain higher medical education is not free of charge. 4. The physician (not to write) out a prescription yesterday, he (to send) the patient for further analyses. 5. In Britain candidates enter medical schools generally at the age of 18. 6. Writing a thesis is required for practice. 7. If you like, I'll gladly show you through some of our clinics and departments. 8. Latin is taught in all Russian medical institutes. 9. Next year the curriculum (not to be) as difficult as it (to be) last year.

##### II. Задайте вопросы разных типов.

1. Medical graduates applied for the post-graduate course. (спец.)
2. Practical skills will be very important for future doctors. (разделит.)
3. Attendance of practical classes is voluntary. (общий)
4. Our Academy was founded in 1930. (альтерн.)
5. The medical students take State examinations after the sixth year. (к подлежаж.)

##### III. Заполните пропуски модальными глаголами.

1. Any citizen of our country ... apply to a medical institute. 2. If the patient he needs an operation the doctor ... make the arrangement to admit the patient to the hospital. 3. We ... either keep our health or lose it. 4. What ... you do to become good doctors in the future? 5. Applicants who have finished school with a gold or silver medal ... take only one examination.

##### IV. Ответьте на вопросы.

1. What must the person do when he comes to the polyclinic?
2. What can a young doctor obtain after residency?
3. When was our academy founded?

##### V. Переведите предложения.

1. Ординатура подготавливает высоко квалифицированных специалистов в определенной области. 2. Три помощника есть у врача - слово, растение и нож. 3. Существуют поликлиники для взрослого населения и поликлиники для детей.

##### VI. Определите время и залог сказуемого. Составьте на английском языке вопросы к подчеркнутым членам предложений. Переведите составленные вопросы на русский язык.

1. My friend has been preparing for the exams for a week. 2. He had accomplished the task by the end of the year. 3. The exams were being taken from 9 till 12 a.m. yesterday. 4. Tomorrow I'll make my report for the conference. 5. Such sick persons receive a sick-leave.

##### VII. Поставьте глагол в скобках в нужное время.

1. She (to complain) of pains in her side for the whole day. 2. Last week I (to graduate) from the academy and now I (to seek) a good job. 3. They think that their article (to publish) by Monday. 4. This doctor usually (to perform) operations on Friday. 5. We (to learn) new grammar during the whole class yesterday. 6. All our work (to finish) last month. 7. The doctor knew that the white blood cells count (to be) normal.

VIII. Раскройте скобки, поставив сказуемые в придаточном дополнительном в нужном времени и залоге.

1. He was told that it (станет – to become) a doctor in future. 2. She said she (изучала – to study) French before. 3. They said that they (работает – to work) in the hospital.

IX. Переведите предложения на русский язык.

1. Before 1918 there were 28 churches in Ivanovo-Voznesensk. 2. It is a laboratory assistant who takes an electrocardiogram at the out-patient department. 3. As soon as he comes I'll show him your report.

X. Переведите предложения на английский язык.

1. Туловище делится на грудную клетку и брюшную полость. 2. А. Везалий изучал анатомию человека на трупах. 3. Именно Э. Дженнер создал вакцину против оспы. 4. И. М. Сеченов включал в свои работы данные, которые он определил раньше. 5. Иваново известен как крупный текстильный центр России.

### Немецкий язык

Выберите один верный ответ:

I. В данном предложении порядок слов:

In diesem Laboratorium macht man verschiedene Analysen.

1. прямой                      2. обратный                      3. смешанный                      4. правильный

II. Сказуемое в предложении *Unsere Akademie hatte früher nur zwei Fakultäten.* переводится:

1. настоящим временем
2. прошедшим временем
3. будущим временем
4. предпрошедшим временем

III. Тип глагола в предложении *Alle Organismen bilden eine grosse Zahl der bedingten Reflexe aus:*

1. простой
2. с неотделяемой приставкой
3. с отделяемой приставкой
4. правильный

IV. По форме Partizip II глагол *gebildet* :

1. слабый
2. сильный
3. правильный
4. неправильный

V. На русский язык глагол с местоимением *man* переводится в предложении *Man stellte dem Patienten sofort die richtige Diagnose:*

1. первым лицом мн. числа
2. третьим лицом ед. числа
3. третьим лицом мн. числа
4. первым лицом ед. числа

VI. Правильный перевод предложения с модальным глаголом *Dieses Ziel kann man bei strenger Diät erreichen*:

1. Этой цели нельзя достичь строгой диетой.
2. Необходимо достичь цели строгой диетой
3. Этой цели можно достичь строгой диетой.
4. Нужно достичь этой цели строгой диетой.

VII. К подчеркнутому слову в предложении *In der Nacht hustete ich stark und nieste* подходит вопросительное слово:

1. wie
2. wann
3. welche
4. was

VIII. К подчеркнутому члену предложения *Den Körper des Menschen kann man durch Einen Schnitt in zwei Hälfte zerlegen* подходит вопросительное слово:

1. wodurch
2. durch was
3. was
4. welche

IX. Глагол с неотделяемой приставкой:

1. entsprechen
2. `einnehmen
3. gehen
4. zusammensetzen

### **Русский язык как иностранный**

I. Дополните предложения, выбрав корректный вариант.

1. *Воспаление толстой кишки ... колита.*

- (A) дали название
- (Б) называют
- (B) имеет название
- (Г) называется

2. *Раздражимость - черта... для всего живого.*

- (A) характерна
- (Б) характерно
- (B) характерны
- (Г) характерная

3. *Субстраты - вещества, с... взаимодействуют ферменты.*

- (A) которыми
- (Б) чьими
- (B) теми
- (Г) какими

4. *Процессы обмена веществ принято... на анаболические и катаболические.*

- (A) разделять

- (Б) отделять
- (В) выделять
- (Г) наделять

II. Продолжите:

1. Реферат – это..

- А) краткое устное или письменное изложение содержания научной работы.
- Б) краткая характеристика содержания оригинала, целевого назначения издания;
- В) официальный письменный отзыв, содержащий критический обзор научного первоисточника, выводы о значимости работы и ее оценку, а также практические рекомендации.

2. Конструкция *статья рассчитана на широкий круг читателей* характерна для...

- А) реферата;
- Б) рецензии;
- В) аннотации.

3. Конструкция *в статье условно можно выделить 3 части* характерна для описания...

- А) темы;
- Б) композиции;
- В) перечня основных положений.

4. Конструкция *работа посвящена* характерна для описания ...

- А) темы;
- Б) композиции;
- В) перечня основных положений.

5. Выводы вводятся с помощью конструкции...

- А) автор приходит к мысли;
- Б) автор ставит вопросы;
- В) автор приходит к выводу.

### **2.5.2. Критерии и шкала оценки**

Отметка «зачтено» выставляется, если обучающийся справился с 70% и более заданий.

**Министерство здравоохранения Российской Федерации**

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Ивановская государственная медицинская академия»**

Кафедра лучевой, функциональной и клинической лабораторной диагностики ИПО

**Приложение 1  
к рабочей программе  
дисциплины**

**Оценочные средства и методические материалы  
для проведения промежуточной аттестации по дисциплине  
«УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ ВО  
ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ»**

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации  
Тип образовательной программы: программа ординатуры  
Направление подготовки (специальность): 31.08.21 Психиатрия-наркология  
Квалификация выпускника – врач – психиатр-нарколог  
Форма обучения: очная  
Срок освоения образовательной программы: 2 года  
Код дисциплины: ФД.2

## Паспорт ОС по дисциплине

### 1. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине

Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, срок проведения
<p><b>Знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>– основы анатомии и физиологии человека, возрастные особенности;</li><li>– клиническое значение других методов исследования в диагностике заболеваний;</li><li>– организацию ультразвуковой диагностики;</li><li>– топографическую анатомию человека применительно к специфике проводимых ультразвуковых исследований;</li><li>– физические принципы ультразвукового метода исследования и механизмы биологического действия ультразвука;</li><li>– особенности аппаратуры, используемой для проведения ультразвуковых исследований;</li><li>– современные методы ультразвуковой диагностики;</li><li>– методы контроля качества ультразвуковых исследований;</li><li>– признаки неизменной ультразвуковой картины органов желудочно-кишечного тракта, органов мочевыделительной системы, магистральных сосудов брюшной полости и забрюшинного пространства.</li><li>– ультразвуковые признаки патологических изменений при наиболее распространенных заболеваниях желудочно-кишечного тракта, селезенки, органов мочевыделительной системы, магистральных сосудов брюшной полости и забрюшинного пространства;</li><li>– признаки неизменной эхографической картины органов малого таза;</li></ul> <p><b>Уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>– анализировать клиничко-лабораторные данные в свете целесообразности проведения ультразвукового исследования;</li><li>– оценить достаточность предварительной информации для принятия решений;</li><li>– оценить состояние здоровья и поставить предварительный диагноз.</li><li>– определить показания и целесообразность к проведению ультразвукового исследования;</li><li>– выбрать адекватные методики ультразвукового исследования;</li><li>– соблюдать правила техники безопасности при работе с электронными приборами;</li><li>– выбрать необходимый режим и трансдьюсер для ультразвукового исследования;</li><li>– получить и задокументировать диагностическую</li></ul>	<p>Комплекты:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. тестовых заданий;</li><li>2. ситуационных задач</li></ol>	<p>Зачет</p>

<p>информацию;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– проводить соответствующую подготовку больного к исследованию;</li> <li>– производить укладку больного;</li> <li>– на основании ультразвуковой семиотики выявить изменения в органах и системах;</li> </ul> <p><b>Владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– интерпретацией результатов основных ультразвуковых методик: двухмерным ультразвуковым сканированием в режиме реального времени (в режимах развертки В и М); режимами цветовой и спектральной доплерографии, исходя из возможностей ультразвукового диагностического прибора; выполнением основных измерений в М-модальном и В-модальном режимах и режиме спектральной доплерографии, исходя из возможностей ультразвукового диагностического прибора;</li> </ul>		
---	--	--

## 2. Оценочные средства

### 2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий.

#### 2.1.1 Содержание.

С помощью тестовых заданий оцениваются теоретические знания по дисциплине. Вариант тестовых заданий состоит из 10 вопросов.

#### *Пример тестовых заданий:*

01. Ультразвук — это звук, частота которого не ниже:

- А. 15 кГц
- Б. 20000 Гц
- В. 1 МГц
- Г. 30 Гц
- Д. 20 Гц

Ответ: Б.

02. Акустической переменной является:

- А. Частота
- Б. Давление
- В. Скорость
- Г. Период
- Д. Длина волны

Ответ: Б.

03. Анатомически в печени выделяют:

- А. 6 сегментов
- Б. 8 сегментов
- В. 7 сегментов
- Г. 5 сегментов
- Д. 4 сегмента

Ответ Б

04. У пациента с симптомами почечной колики не определяется ультразвуковых признаков дилатации верхних мочевых путей — это:

- А. Полностью исключает наличие конкременте
- Б. Не исключает наличия конкремента в мочеточнике

- В. Исключает наличие конкремента при полной сохранности паренхимы пораженной почки
- Г. Не исключает наличие очень мелкого конкремента в мочеточнике
- Д. Не исключает наличие мочекислого конкремента

Ответ: Б

05. Оптимальной позицией для оценки состояния ствола и ветвей легочной артерии при эхокардиографическом исследовании является:

- А. Парастернальная позиция – короткая ось на уровне конца створок митрального клапана
- Б. Парастернальная позиция – короткая ось на уровне корня аорты
- В. Парастернальная позиция – короткая ось на уровне конца папиллярных мышц
- Г. Апикальная пятикамерная позиция
- Д. Апикальная двухкамерная позиция

Ответ: Б

### 2.1.2. Критерии и шкала оценки

Тестирование проводится на последнем занятии дисциплины. Тестовый контроль оценивается отметками «выполнено», «не выполнено».

Отметка «выполнено» на этапе тестирования выставляется, когда доля правильных ответов составляет не менее 70%. Ординатор проходит тестирование до получения отметки «выполнено».

## 2.2. Оценочное средство: ситуационные задачи

### 2.2.1. Содержание.

С помощью ситуационных задач оцениваются практические умения и навыки по дисциплину. Обучающемуся предлагается 1 ситуационная задача.

#### *Пример ситуационной задачи:*

Больной Т., 38 лет поступил в стационар экстренно с жалобами на сильные боли в области поясницы, болезненность при мочеиспускании.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, влажные. Дыхание везикулярное. ЧД-20. ЧСС-87. Живот при пальпации болезненный в правом подреберье. Больному выполнено ультразвуковое исследование почек.



Выполните задания:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину. Дайте заключение.
4. Укажите возможные осложнения при данной патологии?
5. Опишите укладку больного и плоскости сканирования при ультразвуковом исследовании.

### 2.1.2. Критерии и шкала оценки

Выполнение заданий по клинической ситуации оценивается отметками «выполнено», «не выполнено».

Отметка «выполнено» на этапе выполнения заданий выставляется, когда обучающийся справился со всеми заданиями.

### **3. Критерии получения ординатором зачета по дисциплине**

Зачет проводится в два этапа: тестирование и решение ситуационной задачи. Для получения отметки «зачтено» по дисциплине обучающийся должен получить отметки «выполнено» за тестирование и выполнение заданий по ситуационной задаче.

## Тестовые задания

### Вариант № 1.

- 01.** Ультразвук — это звук, частота которого не ниже:
- А. 15 кГц
  - Б. 20000 Гц
  - В. 1 МГц
  - Г. 30 Гц
  - Д. 20 Гц
- 02.** Акустической переменной является:
- А. Частота
  - Б. Давление
  - В. Скорость
  - Г. Период
  - Д. Длина волны
- 03.** Анатомически в печени выделяют:
- А. 6 сегментов
  - Б. 8 сегментов
  - В. 7 сегментов
  - Г. 5 сегментов
  - Д. 4 сегмента
- 04.** У пациента с симптомами почечной колики не определяется ультразвуковых признаков дилатации верхних мочевых путей — это:
- А. Полностью исключает наличие конкременте
  - Б. Не исключает наличия конкремента в мочеточнике
  - В. Исключает наличие конкремента при полной сохранности паренхимы пораженной почки
  - Г. Не исключает наличие очень мелкого конкремента в мочеточнике
  - Д. Не исключает наличие мочекаислого конкремента
- 05.** Оптимальной позицией для оценки состояния ствола и ветвей легочной артерии при эхокардиографическом исследовании является:
- А. Парастернальная позиция – короткая ось на уровне конца створок митрального клапана
  - Б. Парастернальная позиция – короткая ось на уровне корня аорты
  - В. Парастернальная позиция – короткая ось на уровне конца папиллярных мышц
  - Г. Апикальная пятикамерная позиция
  - Д. Апикальная двухкамерная позиция
- 06.** О наличии аневризмы брюшной части аорты свидетельствует увеличение диаметра аорты свыше:
- А. 1,5 см.
  - Б. 2,0 см.
  - В. 2,5 см.
  - Г. 3,0 см.
- 07.** При тромбозе нижней полой вены компрессия её просвета датчиком приводит:
- А. К полному спадению стенок и исчезновению просвета.
  - Б. Размер просвета не изменяется.
  - Д. Правильно А и В.
- 08.** Карман Морисона для поиска свободной жидкости – это:
- А. Пространство между правой долей печени и правой почкой
  - Б. Пространство между селезенкой и левой почкой
  - В. Полость перикарда
  - Г. Пространство между куполом диафрагмы и правым легким
- 09.** К эхографическим признакам тампонады сердца не относится:
- А. Диастолический коллапс стенки правого желудочка и/или стенки правого предсердия

- Б. Дилатация нижней полой вены с отсутствием изменения диаметра нижней полой вены на вдохе или недостаточное ее коллабирование (уменьшение диаметра нижней полой вены менее чем на 50% при вдохе)
  - В. Усиление респираторных вариаций транстрикуспидального и трансмитрального потоков при доплеровском исследовании.
  - Г. Дилатация полости левого предсердия и левого желудочка
- 10.** В норме давление в легочной артерии:
- А. менее 15 мм.рт.ст.
  - Б. менее 30 мм.рт.ст.
  - В. менее 35 мм.рт.ст.
  - Г. менее 40 мм.рт.ст.

## **Вариант № 2.**

- 01.** Ультразвук — это звук, частота которого не ниже:
- А. 15 кГц
  - Б. 20000 Гц
  - В. 1 МГц
  - Г. 30 Гц
  - Д. 20 Гц
- 02.** Ультразвук отражается от границы сред, имеющих различия в:
- А. Плотности
  - Б. Акустическом сопротивлении
  - В. Скорости распространения ультразвука
  - Г. Упругости
  - Д. Скорости распространения ультразвука и упругости
- 03.** При разрыве селезенки как дополнительный эхографический признак может выявляться:
- А. Наличие свободной жидкости в Дугласовом пространстве
  - Б. Гиперэхогенность капсулы в области разрыва
  - В. Гипоэхогенность капсулы в области разрыва
  - Г. Дистальное усиление за зоной разрыва
  - Д. Дистальное ослабление за зоной разрыва
- 04.** Выявление взвешенных эхосигналов в асцитической жидкости может указывать на:
- А. Злокачественный процесс
  - Б. Воспалительный процесс
  - В. Доброкачественный процесс
  - Г. Верно А и Б
  - Д. Верно Б и В
- 05.** К важнейшим ультразвуковым признакам разрыва печени при тупой травме живота не относится:
- А. Локальное повреждение контура (капсулы) печени
  - Б. Гипо-/анэхогенное образование в паренхиме печени часто с нечеткими контурами
  - В. Наличие свободного газа в брюшной полости
  - Г. Наличие нарастающего количества свободной жидкости в брюшной полости
  - Д. Верно А и Г
- 06.** По данным ультразвукового исследования определить локализацию конкремента (в чашке или лоханке):
- А. Нельзя
  - Б. Можно
  - В. Можно, если чашечка или лоханка заполнены жидкостью
  - Г. Можно только при наличии камней мочево́й кислоты

- Д. Можно только при наличии камней щавелевой кислоты
- 07.** Можно выявить острый тромбоз почечной артерии при помощи:
- А. Ультразвукового исследования
  - Б. Компьютерной томографии
  - В. Допплерографии
  - Г. Внутривенной урографии
  - Д. Верно Б и Г
- 08.** Свободная жидкость в позадиматочном пространстве при ультразвуковом исследовании:
- А. В норме не визуализируется
  - Б. Эхографический признак аномалии развития матки
  - В. Эхографический признак аномалии развития яичников
  - Г. Может регистрироваться в перивульторную фазу менструального цикла
- 09.** Струю трикуспидальной регургитации при доплеровском эхокардиографическом исследовании оценивают в следующей стандартной позиции:
- А. Парастернальная позиция – короткая ось на уровне конца створок митрального клапана
  - Б. Апикальная четырехкамерная позиция
  - В. Парастернальная позиция – короткая ось на уровне конца папиллярных мышц
  - Г. Апикальная двухкамерная позиция
- 10.** На участке окклюзирующего тромба сигнал кровотока:
- А. Отсутствует
  - Б. Регистрируется

### Ситуационные задачи

#### Ситуационная задача № 01.

Больной Т., 38 лет поступил в стационар экстренно с жалобами на сильные боли в области поясницы, болезненность при мочеиспускании.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, влажные. Дыхание везикулярное. ЧД-20. ЧСС-87. Живот при пальпации болезненный в правом подреберье. Больному выполнено ультразвуковое исследование почек.



Вопросы:

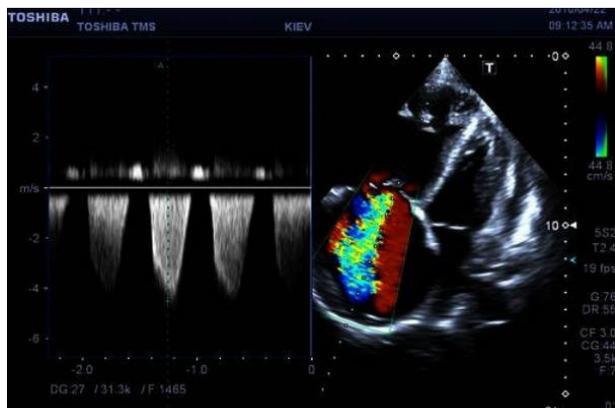
1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину. Дайте заключение.
4. Возможные осложнения при данной патологии?

#### Ситуационная задача № 02.

Больная Р., 65 лет поступила в стационар терапевтического профиля с жалобами на одышку, боли в левой половине грудной клетки при кашле и дыхании, кровохарканье, слабость.

Данные анамнеза: заболела остро 2 дня назад, когда внезапно возник приступ удушья, сопровождающийся болями в левой половине грудной клетки, сердцебиением, была кратковременная потеря сознания.

Данные объективного осмотра: состояние больной тяжелое, кожные покровы бледно-цианотичные, отёки нижних конечностей, варикозное расширение вен. Частота дыханий - 26 в минуту, пульс - 110 ударов в минуту, ритмичный малого наполнения, АД - 90/60 мм рт. ст., I тон на верхушке сердца ослаблен, акцент II тона над лёгочной артерией.



Вопросы:

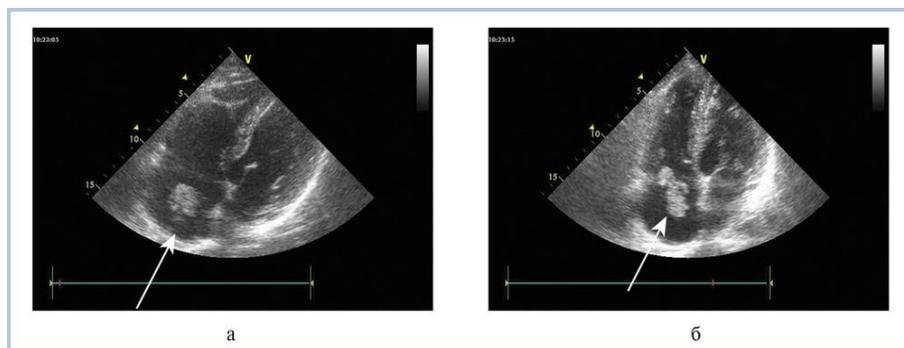
1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте план дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину: позиция, доступ. Рассчитайте давление в легочной артерии.
4. Укажите возможные причины данной патологии?

### Ситуационная задача № 03.

Больная О., 70 лет поступила в кардиологический стационар с жалобами на одышку, боли в левой половине грудной клетки при кашле и дыхании, кровохарканье, слабость.

Данные анамнеза: заболела остро 2 дня назад, когда внезапно возник приступ удушья, сопровождающийся болями в левой половине грудной клетки, сердцебиением. Длительное время наблюдалась у кардиолога с нарушением ритма.

Данные объективного осмотра: состояние больной тяжелое, кожные покровы бледно-цианотичные, отёки нижних конечностей, варикозное расширение вен. Частота дыханий - 26 в минуту, пульс - 110 ударов в минуту, ритмичный малого наполнения, АД - 90/60 мм рт. ст., I тон на верхушке сердца ослаблен, акцент II тона над лёгочной артерией.



Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте план дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину: позиция, доступ.
4. Укажите возможные причины данной патологии?

#### Ситуационная задача № 04.

Больная С., 19 лет поступила в больницу скорой помощи, через 40 минут с момента травмы (упала с 4 этажа). При поступлении состояние тяжёлое, без сознания (кома 2), кожные покровы бледные, отмечаются множественные ссадины и небольшие раны головы и передней брюшной стенки, деформация правого бедра и левого предплечья, А/Д 80/30 мм.рт.ст., ЧСС 120I. При пальпации живот мягкий на пальпацию не реагирует.

При УЗИ органов брюшной полости:

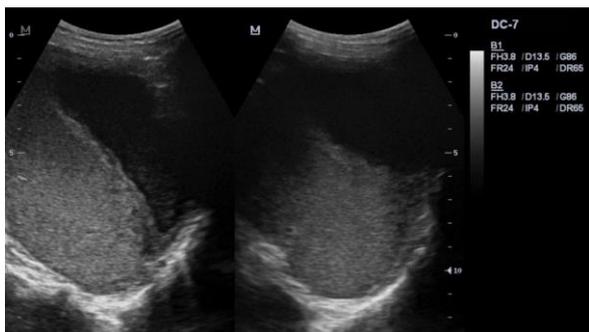


Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину. Дайте заключение.
4. Какие еще доступы необходимо использовать с целью поиска свободной жидкости?

#### Ситуационная задача № 05.

Больной К., 21 года поступил в больницу, через 24 часа с момента драки (в драке получил удар ножом в поясничную область слева). При поступлении состояние тяжёлое, кожные покровы бледные, тошнота, рвота, язык сухой, живот не участвует в акте дыхания, положительный симптом Щёткина-Блюмберга во всех отделах. Перистальтика выслушивается, газы отходят, стула не было. А/Д 110/70 мм.рт.ст., ЧСС 110 уд/мин.



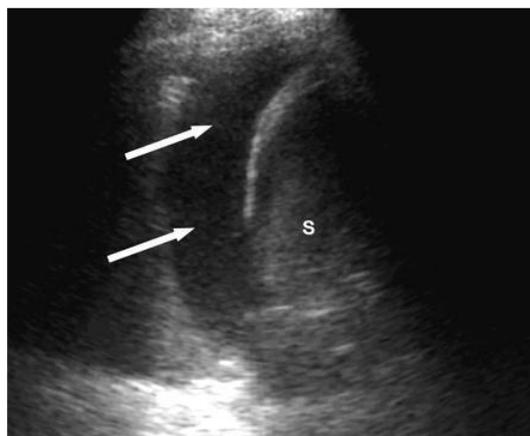
Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину. Дайте заключение.
4. Возможные осложнения при данной патологии?

#### Ситуационная задача № 06.

Юноша 17 лет, хорошего физического развития. Во время соревнований по велоспорту упал, после чего появились боли в левой половине грудной клетки.

Доставлен в травм пункт. При поступлении состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные. При пальпации болезненность левой половины грудной клетки.



Вопросы:

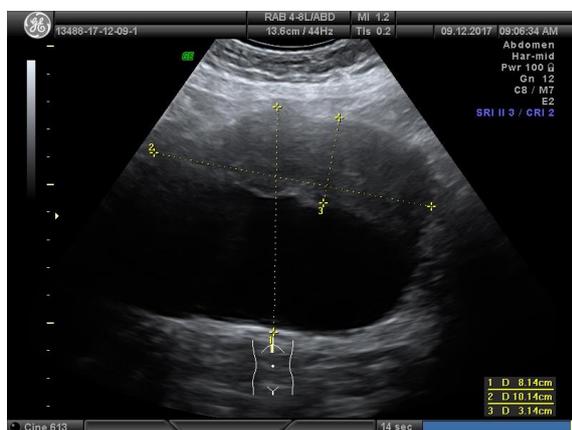
1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину. Дайте заключение.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?

#### Ситуационная задача № 07.

Больной 68 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на резкие боли в животе, преимущественно слева. Больной страдает артериальной гипертензией, окклюзией артерий нижних конечностей и хронической коронарной недостаточностью, перенес инфаркт миокарда.

В течение двух последних месяцев беспокоили боли в животе, интенсивность боли постоянно нарастала, но к врачу не обращался. 1,5 часа назад внезапно возникли резкие боли в животе и в поясничной области. Боль локализовалась преимущественно слева. Одновременно значительно ухудшилось общее состояние. Боли сопровождались тошнотой, рвотой. Несколько позже появились дизурические явления.

При поступлении состояние больного тяжелое, лежит неподвижно. Сознание сохранено, стонет от боли, ножные покровы бледные, покрыты холодным потом. Пульс частый и малый. АД 90/60 мм рт. ст. Живот несколько увеличен слева, передняя брюшная стенка участвует в дыхании, мягкая. В брюшной полости, больше слева, определяется плотное, болезненное, с нечеткими контурами образование. Над ним выслушивается систолический шум. Имеются умеренно выраженные признаки острой ишемии нижних конечностей.



Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину. Дайте заключение.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?

### Ситуационная задача № 08.

Больная, 18 лет, поступила в кардиологическое отделение с жалобами на одышку при незначительном физическом напряжении и в покое, чувство тяжести и давления за грудиной, сердцебиение, боли в коленных и голеностопных суставах, повышение температуры тела до 38,5 °С, охриплость голоса, кашель. Из анамнеза известно, что около месяца назад перенесла ангину. Через 2 нед появились боли в коленных и голеностопных суставах, повысилась температура тела. Ухудшение самочувствия последние 5 дней, когда появились вышеперечисленные жалобы, носящие нарастающий характер. Состояние больной тяжелое. Положение ортопноэ. Цианоз губ, шеи, пальцев рук. Набухание шейных вен. Покраснение, припухлость и ограничение подвижности в коленных и голеностопных суставах. На внутренней поверхности ног - кольцевидная эритема. Лимфоузлы не увеличены. Периферических отеков нет. Грудная клетка конической формы. Число дыханий - 28 в минуту. При перкуссии - ясный легочный звук, при аускультации - дыхание везикулярное, хрипов нет. Отмечается выбухание грудной клетки в области сердца, сглаженность межреберных промежутков. Границы относительной тупости сердца: правая - на 3 см кнаружи от правого края грудины, левая - по передней подмышечной линии, верхняя - на уровне второго ребра. Верхушечный толчок определяется в четвертом межреберье по передней подмышечной линии. При аускультации: тоны сердца глухие. Пульс - 128 в минуту, малого наполнения, ритмичный. АД - 80/50 мм рт.ст. Живот обычной формы, мягкий, безболезненный при пальпации. При глубокой пальпации определяется сигмовидная кишка, подвижная, безболезненная. Печень на 3 см выступает из-под реберной дуги, край ее закруглен, чувствителен при пальпации. Область почек не изменена. Симптом Пастернацкого отрицателен. Селезенка не увеличена.



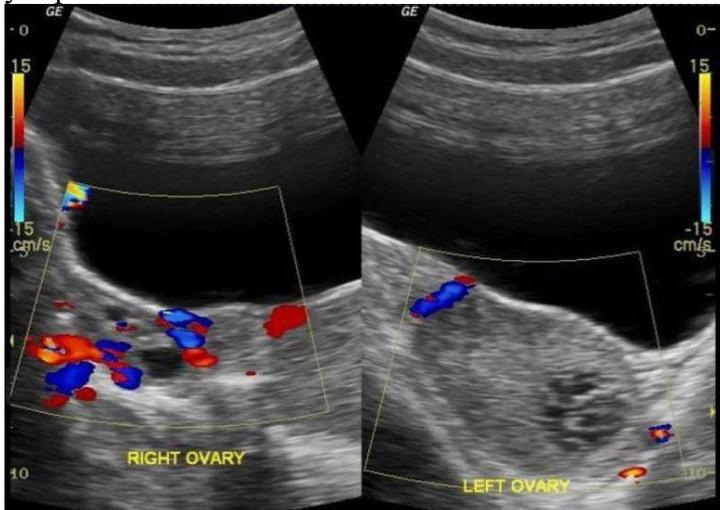
Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину. Дайте заключение.
4. Какие осложнения данного заболевания можно наблюдать у больной?

### Ситуационная задача № 09.

Больная Л. 15 лет, доставлена в стационар машиной «СП» с диагнозом: подострый, двухсторонний сальпингоофорит и жалобами на боли в левой подвздошной области с иррадиацией в прямую кишку. Боли возникли резко, утром в левой подвздошной области, затем над лоном. Тошноты, рвоты не было. Объективно: состояние удовлетворительное, кожа и слизистые

нормальной окраски, АД 110/70 мм рт. ст. Живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в левой подвздошной области. Перитониальных симптомов нет. При двуручном ректо-абдоминальном исследовании матка не увеличена, плотная, безболезненная. Придатки справа не увеличены, безболезненные. Слева придатки увеличены, без четких контуров, область их пальпации болезненная. Своды свободные, глубокие. Задний и левый боковой свод умеренно болезненные.



Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину. Дайте заключение.
4. Какие осложнения данного заболевания можно наблюдать у больной?

#### Ситуационная задача № 10.

Больная С., 33 года, жалобы на схваткообразные боли в левой подвздошной области, головокружение, задержку менструации на 2 недели. Вчера внезапно появились острые боли внизу живота, сопровождающиеся кратковременной потерей сознания. При осмотре: кожные покровы бледные, пульс 120 ударов в минуту, АД 80/50 мм рт. ст., живот болезненный в нижних отделах живота, отмечается напряжение мышц передней брюшной стенки и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. При гинекологическом исследовании матку и придатки четко определить невозможно из-за резкой болезненности и напряжения мышц передней брюшной стенки, задний свод сглажен, выделения кровяные, скудные, темного цвета.

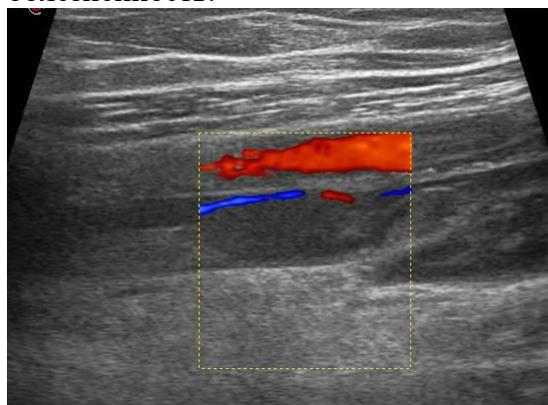


Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину. Дайте заключение.
4. Тактика дальнейшего ведения?

### Ситуационная задача № 11.

Больная Т. 53 лет поступила в стационар с жалобами на сильные боли в правой голени распирающего характера, отек стопы и голени, судорожные сокращения икроножных мышц, повышение температуры до 38,5°C. Больна в течение 3 дней. Вначале были судорожные сокращения икроножных мышц, боли появились на второй день, а еще через день появился отек. При осмотре кожа правой стопы и голени гиперемирована, напряжена, лоснится. Окружность правой голени больше левой на 5 см. Движения возможны, но крайне болезненны. При осмотре конечности определяется болезненность по ходу сосудистого пучка, особенно в подколенной ямке. Сдавление рукой икроножных мышц вызывает резкую болезненность.

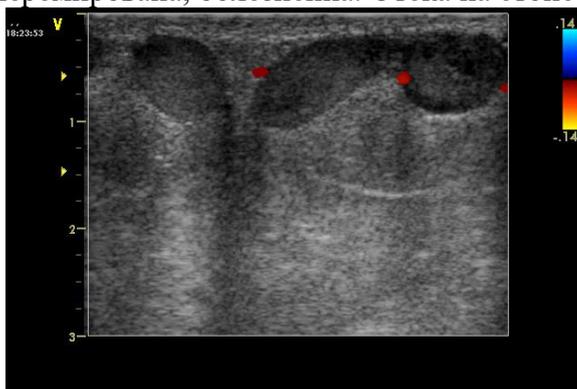


Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину. Дайте заключение.
4. Какие осложнения данного заболевания можно наблюдать у больной?

### Ситуационная задача № 12.

Больной 46 лет в течение ряда лет страдает варикозным расширением вен нижних конечностей. 3 дня назад появилась болезненность по ходу расширенной вены на заднемедиальной поверхности голени. Болезненность постепенно нарастала. Стал испытывать затруднение при передвижении, температура поднялась до 37,8°C. При осмотре по ходу вены определяется резкая гиперемия. Вена утолщена, местами четкообразно. Пальпируется в виде резко болезненного шнура. Кожа в окружности несколько инфильтрирована, гиперемирована, болезненна. Отека на стопе и голени нет.



Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину. Дайте заключение.
4. Какие осложнения данного заболевания можно наблюдать у больного?

### Ситуационная задача № 13.

В послеоперационной палате находится пациент с диагнозом «ущемленная правосторонняя паховая грыжа». Больной жалуется на боли в области послеоперационной раны и внизу живота. При осмотре: температура 37,6°C, пульс 80 ударов в мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 130/80 мм рт.ст. Пациент самостоятельно не мочится в течение четырёх часов.



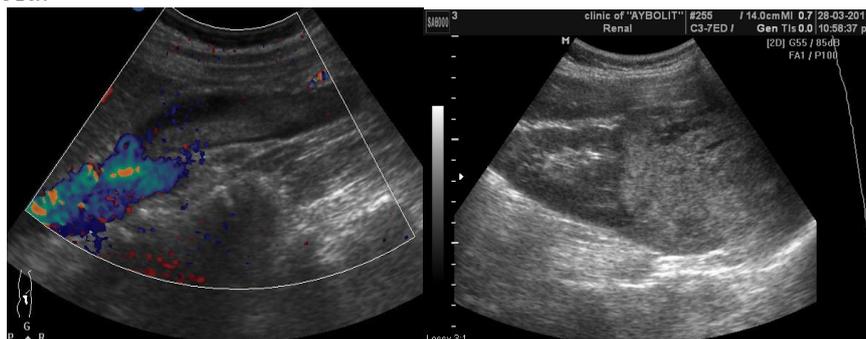
Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину. Дайте заключение.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?

### Ситуационная задача № 14.

Больной К., 68 лет поступил по СМП в урологическое отделение с жалобами на одышку, выраженную слабость, гематурию. Из анамнеза: жил в сельской местности, никогда ни на что не жаловался, к врачу не обращался, хронических заболеваний не имеет. За последние пол года похудел на 6 кг.

При смотре: состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледные с цианотичным оттенком. Пониженного питания. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены. Живот безболезненный, в правой половине пальпируется плотное, бугристое объемного образования. С-ом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание безболезненное, моча темного цвета.



Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину. Дайте заключение.
4. Какие осложнения данного заболевания можно наблюдать у больного?

### Ситуационная задача № 15.

В урологическое отделение поступила женщина, 33-х лет, с жалобами на приступообразные боли в левой поясничной области, сопровождающиеся тошнотой, рвотой и частыми позывами к мочеиспусканию. На обзорном снимке мочевых путей, на уровне поперечного отростка 3-го поясничного позвонка слева определяется тень, подозрительная на конкремент, размерами 0,8 x 0,5 см.



Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План дополнительного исследования.
3. Опишите ультразвуковую картину. Дайте заключение.
4. Какие осложнения данного заболевания можно наблюдать у больной?