

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Тверской государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

Рабочая программа практики

НАРКОЛОГИЯ

для обучающихся, по программе подготовки кадров высшей квалификации в
ординатуре

направление подготовки (специальность)

31.08.21 Психиатрия-наркология

форма обучения
очная

Трудоемкость, зачетные единицы/часы	6 з.е. / 216 ч.
в том числе:	
контактная работа	144 ч.
самостоятельная работа	72 ч.
Промежуточная аттестация – форма / семестр	Зачет с оценкой – 3 семестр

Тверь, 2024

I. Разработчики:

Максимова Н.Е., заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии, доктор медицинских наук, доцент

Прощенко И.В., доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии, кандидат медицинских наук, доцент

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии «15» мая 2024 г. (протокол №4)

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании профильного методического совета «29» мая 2024 г. (протокол №5)

Рабочая программа утверждена на заседании центрального координационно-методического совета «28» августа 2024 г. (протокол №1)

II. Пояснительная записка

Рабочая программа практики **НАРКОЛОГИЯ** разработана в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГОС ВО) по специальности **31.08.21 Психиатрия-наркология**, утвержденный приказом Минобрнауки России от 25.08.2014 №1060, с учётом рекомендации основной профессиональной образовательной программы (ОПОП) высшего образования.

1. Вид и тип практики

Вид практики – производственная.

Тип практики – клиническая.

2. Цель и задачи практики

Целью практики является закрепление приобретённых знаний в процессе теоретической подготовки, развитие и совершенствование умений и навыков, полученных в процессе обучения, формирование универсальных и профессиональных компетенций для осуществления профессиональной деятельности.

Задачами практики являются:

- совершенствование навыков общения с больными и их родственниками, медицинским персоналом лечебных учреждений, в основе которых лежит реализация принципов медицинской деонтологии и этики;
- совершенствование сбора анамнеза и методов физикального обследования (перкуссии, пальпации, аускультации) больного;
- закрепление и углубление навыков клинического мышления в вопросах дифференциальной диагностики заболеваний как часто встречающихся в практике врача-фтизиатра, так и редких с оценкой индивидуальных особенностей их течения, а также совершенствование в вопросах врачебной тактики (показания к госпитализации в стационар или дневной стационар; направление на консультацию к специалистам узкого профиля, на специальные диагностические исследования, амбулаторное ведение пациентов);
- совершенствование умения формулировать синдромальный и клинический диагноз в соответствии современными классификациями болезней;
- закрепление и углубление умения осуществлять рациональный выбор медикаментозной и немедикаментозной терапии с учётом их механизма действия, этиологии, патогенеза заболевания, возраста, сопутствующей патологии, психологических особенностей пациента;
- закрепление и углубление практических навыков в вопросах реабилитации пациентов, освоения принципов первичной и вторичной профилактики, организации диспансерного динамического наблюдения;
- совершенствование практических навыков по проведению диагностических и лечебных манипуляций при оказании неотложной помощи в конкретной ситуации на догоспитальном, госпитальном и

амбулаторно-поликлиническом этапах; освоение порядка организации неотложной медицинской помощи больным с острыми заболеваниями и с urgentными состояниями;

- закрепление знаний нормативных и законодательных актов, касающихся организации и оказания медицинской помощи на догоспитальном, госпитальном и амбулаторно-поликлиническом этапах; приобретение практических навыков по оформлению учетно-отчетной документации, формирование умений по ведению документации, выписке рецептов.

3. Планируемые результаты обучения при прохождении практики

В результате прохождения практики у обучающегося формируются универсальные и профессиональные компетенции для успешной профессиональной деятельности в качестве врача-психиатра-нарколога:

I) универсальные (УК):

1) готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2):

знать

- основные принципы управления коллективом, с учётом толерантного восприятия социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий при осуществлении организационно-управленческой деятельности.

уметь

- эффективно применять на практике основные принципы управления коллективом, с учётом толерантного восприятия социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий при планировании и организации деятельности трудового коллектива;

- создавать в медицинских организациях оптимальные условия для трудовой деятельности медицинского персонала.

II) профессиональные (ПК):

1) готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2):

уметь

- участвовать в организации и оказании лечебно-профилактической и санитарно-противоэпидемической помощи населению с учетом его социально-профессиональной (включая профессиональные занятия спортом) и возрастно-половой структуры;

- выполнять профилактические, гигиенические и противоэпидемические мероприятия.

владеть

- расспроса больного, сбора анамнестических и катамнестических сведений, наблюдения за пациентом;

- психопатологического анализа получаемой информации;

- использования диагностических и оценочных шкал, применяемых в психиатрии;
- оценками состояния общественного здоровья.

2) готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10):

уметь

- получить информацию о заболевании;
- определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, функциональных, патопсихологических, медико-генетических), организовать их выполнение и уметь интерпретировать их результаты;
- проводить дифференциальный диагноз.

владеть

- расспроса больного, сбора анамнестических и катamnестических сведений, наблюдения за пациентом;
- психопатологического анализа получаемой информации;
- использования диагностических и оценочных шкал, применяемых в психиатрии.

3) готовность к ведению и лечению пациентов с психическими и поведенческими расстройствами, обусловленными употреблением психоактивных веществ (МКБ-10):

уметь

- определить объем и последовательность терапевтических и организационных мероприятий (стационарирование, амбулаторное лечение, консультативный прием или постановка на учет);
- обосновать схему, план и тактику ведения больного, показания и противопоказания к назначению психофармакотерапии, психотерапии, лечебной педагогики; разработать план подготовки больного к терапии, определить соматические противопоказания.

владеть

- диагностики и подбора адекватной терапии конкретной психиатрической патологии и поведенческого расстройства;
- преодоления терапевтической резистентности при лечении психотропными препаратами;
- распознавания и лечения неотложных состояний в психиатрии.

4) готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации (МКБ-10):

уметь

– проводить мероприятия по предупреждению рецидивов и осложнений заболевания, а также предупреждению общественно-опасных деяний пациентов (преемственная связь с диспансером), давать рекомендации по поддерживающей терапии, трудовые и социально-гигиенические рекомендации больному и его родственникам;

– выявлять признаки временной и стойкой (частичной и полной) утраты трудоспособности, определять профессиональные ограничения - проводить первичную трудовую экспертизу через клиничко-экспертную комиссию (КЭК) с представлением больного на медико-социальную экспертизу (МСЭК).

владеть

– методикой оценки состояния общественного здоровья.

5) готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9):

уметь

- проводить санитарно-просветительскую работу среди детей и их родителей (законных представителей) по формированию элементов здорового образа жизни.

владеть

- навыками составления лекции (беседы, выпуска санитарного бюллетеня), подготовки мультимедийной презентации для населения по вопросам формирования здорового образа жизни.

4. Место практики в структуре основной профессиональной образовательной программы

Практика «Наркология» входит в Вариативную часть Блока 2 ОПОП.

5. Объём практики составляет 6 зачетных единиц, 216 академических часов, в том числе 144 часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем, и 72 часов самостоятельной работы обучающихся.

6. Образовательные технологии

Лекция-визуализация, разбор клинических случаев, посещение врачебных конференций, консилиумов, участие в научно-практических конференциях, практическое занятие «круглый стол», занятие-конференция, подготовка и защита истории болезни.

Самостоятельная работа обучающегося включает:

- самостоятельную курацию больных в отделениях стационара больниц, дневных стационаров поликлиник, участков поликлиники, участие в клинических разборах, консультациях специалистов, консилиумах, клиничко-патологоанатомических конференциях; подготовку к клиничко-практическим занятиям; подготовку к промежуточной и государственной

итоговой аттестации; подготовку рефератов, презентаций и сообщений для выступлений на конференциях; работу с Интернет-ресурсами; работу с отечественной и зарубежной научно-медицинской литературой; работу с компьютерными программами; создание информационных бюллетеней для пациентов.

7. Формой промежуточной аттестации по практике является зачет с оценкой в 3 семестре.

III. Учебная программа практики

1. Содержание практики:

1. Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением спиртных напитков.

2. Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ.

2. Трудоёмкость практики

№ п/п	Наименование разделов (модулей) практики	Объём часов аудиторной работы	Объём часов на самостоятельную работу	Всего часов
1.	Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением спиртных напитков	72	36	108
2.	Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ	72	36	108
	ИТОГО:	144	72	216

3. Формы контроля и отчётности по практике

Обучающийся ведёт дневник ординатора, в котором отражены все виды их деятельности. Контроль качества прохождения практики осуществляет преподаватель, ответственный за работу с ординаторами и/или руководитель структурного подразделения медицинской организации. При проведении аттестации с использованием оценочных средств, преподаватель делает соответствующую отметку (зачтено, не зачтено) в дневнике прохождения практики (форма дневника прохождения практики представлена в Приложении №1).

IV. Фонд оценочных средств для контроля уровня сформированности компетенций (Приложение №2)

Перечень практических навыков:

1. Умение правильно оценить клиническую ясность сознания у психически больного.
2. Умение правильно оценить форму психомоторного возбуждения, наметить тактику и квалифицированно оказать urgentную психиатрическую помощь при различных формах психомоторного возбуждения у психически больных.
3. Оценка психомоторного возбуждения при простом алкогольном опьянении. Проведение первичного освидетельствования (экспертиза) больных с алкоголизмом, токсикоманией, наркоманией.
4. Проведение патопсихологического обследования наркологических больных, умение проводить анализ полученных данных, оценить их роль во врачебной практике (исследуются психические процессы, свойства и состояния с помощью основных научных патопсихологических методов).
5. Выявление особенностей патологии мышления (особенно бредового) психически больного, имеющих наибольшую социальную опасность (при патологическом алкогольном опьянении, острых алкогольных психозах).
6. Умение диагностировать: а) простое алкогольное опьянение; б) патологическое алкогольное опьянение в) наркотическое опьянение г) опьянение различными психоактивными веществами при алкоголизме, наркоманиях и токсикоманиях.
7. Умение оказать помощь больному в состоянии алкогольного абстинентного синдрома.
8. Умение купировать острую наркотическую абстиненцию («ломку») у больных различными формами наркоманий (героиновой, кокаиновой, амфетаминовой).
9. Умение вести переговоры или больным наркоманом, готовым произвести суицид (знать круг основных проблем Вашего диалога).
10. Умение вести беседу с наркологическим больным и его родственниками. Соблюдение врачебной тайны и принципов информированного согласия.
11. Умение провести дифференциальную диагностику между шизофреноподобной клинической картиной при различных наркологических расстройствах и клиническими формами шизофрении.
12. Умение пользоваться алкотестером.
13. Умение составить документацию и провести экспертизу простого алкогольного опьянения.
14. Умение оценить качественные и количественные данные, указывающие на содержание в крови больных психоактивных веществ.

15. Умение оформить рецепт на психотропные лекарственные препараты наркологическим больным

16. Умение оценить реабилитационную и социальную эффективность пребывания наркологического больного в трудовых мастерских.

17. Умение подготовить выписку на наркологического больного после его лечения в психиатрическом стационаре для дальнейшего амбулаторного наблюдения в системе наркологического диспансера.

Текущий контроль успеваемости оценивает результаты прохождения практики, о чем делается отметка в дневнике практики.

Шкала и критерии оценивания:

Результаты прохождения практики оцениваются по четырехбалльной и двухбалльной шкале.

Текущий контроль успеваемости

Оценка «Отлично» - заполняется своевременно, содержит все виды работ, предусмотренные программой практики.

Оценка «Хорошо» - заполняется с небольшими недочетами.

Оценка «Удовлетворительно» - заполняется небрежно, не полностью, не своевременно.

Оценка «Не удовлетворительно» - не заполняется.

Ответственный работник за проведение практики от Клинической базы в рамках текущего контроля успеваемости оценивает результаты прохождения практики, о чем делается отметка в дневнике практики.

Промежуточная аттестация (зачет с оценкой) проводится в форме защиты отчета о прохождении практики (устное собеседование). При выставлении оценки учитываются характеристика на обучающегося.

Оценка о прохождении практики выставляется в аттестационный лист (зачетную ведомость).

Промежуточная аттестация проходит в три этапа:

Первый этап - оценка практических заданий

Критерии оценки выполнения практических заданий:

«Зачтено» – полный ответ на практический вопрос.

«Не зачтено» – неполный ответ на практический вопрос.

Второй этап - проверка освоения практических навыков

Критерии оценки выполнения практических навыков:

«Зачтено» – полная и правильная демонстрация практического навыка.

«Не зачтено» – неполная и/или неправильная демонстрация

практического навыка.

При получении «зачтено» в первых двух этапах, обучающийся допускается к третьему этапу, оценка за который является общей оценкой промежуточной аттестации.

Третий этап – собеседование по клиническим ситуациям:

Критерии оценки собеседования по клиническим ситуациям:

Оценка «отлично» – выставляется ординатору, если он глубоко усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его изложил в отчете о прохождении практики и на его защите, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, умеет принять правильное решение и грамотно его обосновывать, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «хорошо» – выставляется ординатору, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу изложил его в отчете о прохождении практики и на его защите, не допускает существенных неточностей в ответе на вопросы, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «удовлетворительно» – выставляется ординатору, если он имеет поверхностные знания программного материала, не усвоил его деталей, допускает неточности, оперирует недостаточно правильными формулировками, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала как в отчете о прохождении практики, так и на его защите, испытывает затруднения при выполнении практических задач, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи наводящих вопросов руководителя практической подготовки, выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» – выставляется ординатору, который не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки как в отчете о прохождении практики, так и на его защите, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий, приводящую к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента.

V. Учебно-методическое и информационное обеспечение практики

1. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины:

а) основная литература:

1. Психиатрия [Текст] : национальное руководство : краткое издание / ред. Т. Б. Дмитриева, В. Н. Краснов, Н. Г. Незнанов. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 662 с.

2. Антропов, Ю. А. Диагностика психических болезней. Избранные лекции: шизофрения, паранойя, психоз истощения [Текст] / Ю. А. Антропов. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 261 с.

3. Ткаченко, А. А. Судебно-психиатрическая экспертиза [Текст] / А. А. Ткаченко, Д. Н. Корзун. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 666 с.

4. Евсегнеев, Р. А. Психиатрия в общей медицинской практике [Текст] : руководство для врачей / Р. А. Евсегнеев. – Москва : Медицинское информационное агентство, 2010. – 589 с.

5. Иванец, Николай Николаевич Психиатрия и наркология [Текст] : учебник / Николай Николаевич Иванец, Юрий Геннадьевич Тюльпин, Владимир Васильевич Чирко. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 829 с.

6. Стандарты медицинской помощи:
<http://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983>.

б) дополнительная литература:

1. Нельсон, Александр Ильич Электросудорожная терапия в психиатрии, наркологии и неврологии [Текст] / Александр Ильич Нельсон. – Москва : Бином. Лаборатория Знаний, 2010. - 368 с.

2. Детская и подростковая психиатрия [Текст] : Клинические лекции для профессионалов / ред. Ю. С. Шевченко. – Москва : Медицинское информационное агентство, 2011. – 925 с.

3. Незнанов, Николай Григорьевич. Психиатрия [Текст] : учебник / Николай Григорьевич Незнанов. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 495 с.

4. Шабанов П. Д. Наркология [Электронный ресурс] : руководство / П. Д. Шабанов. - 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015.

5. Психиатрия [Электронный ресурс] : национальное руководство / ред. Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018.

6. Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике [Электронный ресурс] : руководство для практикующих врачей / ред. Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов. – Москва : Литтерра, 2014.

7. Неврология [Электронный ресурс] : национальное руководство. Краткое издание / ред. Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, А. Б. Гехт. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018.

8. Практическая неврология [Электронный ресурс] : / ред. А. С. Кадыков, Л. С. Манвелов, В. В. Шведков. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016.

9. Кульчавеня, Е. В. Инфекции и секс: туберкулез и другие инфекции уrogenитального тракта как причина сексуальных дисфункций [Электронный ресурс] / Е. В. Кульчавеня. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015.

10. Рачин, А. П. Миофасциальный болевой синдром [Электронный ресурс] / А. П. Рачин, К. А. Якунин, А. В. Демешко. – Москва : ГЭОТАР-

Медиа, 2011.

11. Сидоров, П. И. Клиническая психология [Электронный ресурс] / П. И. Сидоров, А. В. Парняков. - 3-е изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010.

12. Александровский, Ю. А. Познание человека. О психиатрии и не только [Электронный ресурс] : монография / Ю. А. Александровский. – Москва : Литтерра, 2015.

2. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине

1. Учебный курс «Методы исследования» в Электронной образовательной системе университета (URL: <https://eos.tvgm.ru/course/view.php?id=248>)

3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины

Профессиональные базы данных, информационные справочные системы и электронные образовательные ресурсы:

Электронный справочник «Информио» для высших учебных заведений (www.informio.ru);

Электронный библиотечный абонемент Центральной научной медицинской библиотеки Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова // <http://www.emll.ru/newlib/>;

Информационно-поисковая база Medline (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>);

База данных «Российская медицина» (<http://www.scsml.rssi.ru/>)

Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации // <https://minzdrav.gov.ru/>;

Российское образование. Федеральный образовательный портал. // <http://www.edu.ru/>; Клинические рекомендации: <http://cr.rosminzdrav.ru/>;

4. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем

4.1. Перечень лицензионного программного обеспечения:

1. Microsoft Office 2016:

- Access 2016;
- Excel 2016;
- Outlook 2016;
- PowerPoint 2016;
- Word 2016;
- Publisher 2016;
- OneNote 2016.

2. ABBYY FineReader 11.0

3. Карельская Медицинская информационная система К-МИС
- 4 Программное обеспечение для тестирования обучающихся SunRAV TestOfficePro
5. Программное обеспечение «Среда электронного обучения 3KL»
6. Компьютерная программа для статистической обработки данных SPSS
7. Экспертная система обнаружения текстовых заимствований на базе искусственного интеллекта «Рукоконтекст»
8. Справочно-правовая система Консультант Плюс

4.2. Перечень электронно-библиотечных систем (ЭБС):

1. Электронно-библиотечная система «Консультант студента» (www.studmedlib.ru);
2. Справочно-информационная система MedBaseGeotar (mbasegeotar.ru)
3. Электронная библиотечная система «elibrary» (<https://www.elibrary.ru/>)

5. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины.

VI. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине

Приложение №3

VII. Научно-исследовательская работа

Научно-исследовательская работа ординатора при освоении практики «Наркология» может осуществляться по трем направлениям: подготовка реферата, представление клинического случая и сообщение результатов учебно-исследовательской работы (УИРС). Тема реферата согласуется с курирующим преподавателем и может представлять собой углубленный анализ тем, изучаемых на лекциях, или посвящаться редкой кардиологической патологии.

При подготовке реферата ординатор должен провести анализ современной литературы, посвященной изучаемой теме, систематизировать полученные данные и подготовить реферат. В структуре реферата необходимо четко выделить разделы: актуальность, раздел с изложением данных проанализированной литературы, заключение и список использованной литературы (в том числе электронные ресурсы). Краткое изложение реферата должно быть представлено в виде доклада с презентацией на клиничко-практических занятиях.

VIII. Сведения об обновлении рабочей программы дисциплины

Представлены в Приложении №4

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Тверской государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра _____

Ф.И.О. руководителя практической подготовки (1-й курс)

Ф.И.О. руководителя практической подготовки (2-й курс)

ДНЕВНИК БАЗОВОЙ (ВАРИАТИВНОЙ) ПРАКТИКИ

Ординатора _____ - _____ гг. обучения

Специальность: _____

(название)

Ф.И.О. _____

Тверь, 2024

**График прохождения практики в 20__ – 20__ уч. году
(первый курс)**

Даты прохождения практики	Вид практики (Б2.О.1 Обязательная часть) <i>Название</i>	База прохождения практики

Подпись руководителя _____

**График прохождения практики в 20__ – 20__ уч. году
(второй курс)**

Даты прохождения	Вид практики (Б2.О.1 Обязательная часть) <i>Название</i>	База прохождения
Даты прохождения	Вид практики (Б2.В.1 Часть, формируемая участниками образовательных отношений) <i>Название</i>	База прохождения

Подпись руководителя _____

Содержание выполненной работы*

Даты начала и окончания практик (заполняется по расписанию)	Содержание выполненной работы (Примеры)	Кратность
	<p>1. Курация больных с оформлением истории болезни: <i>диагноз;</i> <i>диагноз; и т.д....</i></p> <p>2. Прием поступающих больных с оформлением истории болезни: <i>диагноз;</i> <i>диагноз; и т.д....</i></p> <p>3. Выписка больных с оформлением истории болезни и выписных документов: <i>диагноз;</i> <i>диагноз; и т.д....</i></p> <p>4. Участие в выполнении _____ манипуляций больному (диагноз).</p> <p>5. Участие в проведении <i>операции</i> больному (диагноз): и т.д.....</p>	
	<p>Подпись ординатора Подпись руководителя практики</p>	

*заполняется с учетом специфики программы обучения

ХАРАКТЕРИСТИКА ОРДИНАТОРА ___ ГОДА ОБУЧЕНИЯ

_____ (ФИО)

Сроки прохождения практики _____

Место прохождения практики _____

Теоретическая подготовка ординатора и умение применять на практике полученные знания _____

Анализ работы ординатора на практике (дисциплина, активность, степень закрепления и усовершенствования общеврачебных и специальных навыков, овладение материалом, предусмотренным программой) _____

Поведение в коллективе, отношение к пациентам, сотрудникам, товарищам

Дополнительные сведения (соответствие внешнего вида, трудовая дисциплина)

Руководитель практики

Дата

**Фонды оценочных средств
для проверки уровня сформированности компетенций (части
компетенций) для промежуточной аттестации по итогам освоения
практики**

ПК-2. Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения

1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать»:

1. Опасность наркоманий заключается во всем перечисленном, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) развития жировой дистрофии печени
- 2) несчастных случаев в состоянии интоксикации
- 3) выраженной криминогенности
- 4) суицидов
- 5) сокращения продолжительности жизни

2. Лабораторная диагностика наркоманий основана на обнаружении в биологических жидкостях:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) наркотических веществ
- 2) специфических метаболитов наркотических веществ
- 3) и того, и другого
- 4) ни того, ни другого

3. Среди этиологических факторов развития наркоманий различают все перечисленные, кроме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- 1) социальных
- 2) биологических
- 3) психологических
- 4) генетических
- 5) медицинских

4. Основной причиной (причиной первого порядка) развития наркомании являются:

Выберите один из 3 вариантов ответа:

- 1) неправильное воспитание в семье
- 2) специфические человеческие личностные свойства индивидуума
- 3) социальные условия

5. Абсолютным признаком сформировавшегося влечения к наркотику у

подростков является:

Выберите один из 4 вариантов ответа:

- 1) одиночное употребление наркотика
- 2) групповое употребление наркотика
- 3) и то, и другое
- 4) ни то, ни другое

2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь»:

Контрольные вопросы для собеседования:

1. Экспертиза алкогольного и наркотического опьянения
2. Военно-врачебная экспертиза (ВВЭ) психических и наркологических заболеваний
3. Медико-социальная экспертиза психических и наркологических заболеваний
4. Судебно-психиатрическая экспертиза психических и наркологических заболеваний
5. Зависимость от ПАВ у лиц молодого возраста
6. Детский возраст как этап развития личности
7. Особенности роста и развития детского организма (по А.Г. Сухареву)
8. Школьные факторы риска формирования пограничных психических расстройств
9. Учебно-тренировочный процесс и оценка состояния здоровья и функциональных возможностей организма

3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть»:

Задача №1

Мужчина, 1973 года рождения.

Анамнез жизни. Наследственность отягощена со стороны отца. Раннее развитие без особенностей. В школу пошел с 7 лет. Учился хорошо, классы не дублировал. По характеру формировался активным, любознательным, энергичным. Окончил 9 классов ООШ. Не работает. Перенесенные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания. ЧМТ отрицает. Хронические заболевания: с 1998г. гепатит С. Аллергологический анамнез без патологии. Эпидемиологический анамнез: венер. заб-я, инф., туберкулез отрицает. Социально-трудовой анамнез: не работает.

Анамнез заболевания. Начало употребления алкоголя в 14 лет, мотивация – традиционная. Систематически употребляет алкоголь с 18 лет. ААС сформирован, отмечается с 26 лет, проявляется соматовегетативными расстройствами, раздражительностью. Употреблял героин с 23 до 29 лет. Проходил трудовую реабилитацию. В 2012 году провел защитную процедуру на 6 месяцев, срок не выдержал. В период отказа от алкоголя употреблял каннабиноиды до 2,0 гр. В сутки, ежедневно. Палимпсесты отрицает. В

настоящее время форма потребления – псевдозапой. Толерантность «плато», максимальная доза 1,0 л водки в сутки. Последнее употребление алкоголя 6 часов назад. Алкогольные психозы, судорожные припадки отрицает. В поле зрения психиатра-нарколога попадает повторно. Обратился на прием самостоятельно, госпитализирован.

При поступлении жалобы на влечение к спиртному, наркотику, плохой сон, общее недомогание, тревожность.

Психический статус: Ориентирован в месте, времени и собственной личности верно. Контакт доступен, формально участвует в беседе. Тревожен, настроение несколько снижено, отмечает раздражительность. В суждениях поверхностен, лжив, склонен преуменьшать масштабы алкоголизации. Мышление без структурных нарушений. Бредовые идеи не высказывает, обманы восприятия не выявляются. Без агрессивных и суицидных тенденций. В поведении упорядочен. Критика к заболеванию формальная.

Неврологический статус: Зрачки D=S, реакция на свет содружественная. Сухожильные рефлексы живые, симметричные. Лицо симметричное. Язык по средней линии. Координационные пробы выполняет с промахиванием. Без очаговой симптоматики.

Соматический статус. Кожные покровы и видимые слизистые чистые. Тургор кожи удовлетворительный. Зев чистый, миндалины не увеличены. Тоны сердца приглушены, шумы не определяются. Пульс 85 уд/мин., ритм., удовлетворительных характеристик. АД 130/90 мм. рт. ст. Дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена, безболезненна. Поколачивание по пояснице безболезненно с обеих сторон. Мочеиспускание безболезненное, моча обычной окраски. Дисфункция кишечника не выявлена.

Задание:

1. Перечислите основные психопатологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

Задача №2

Женщина, 1983 года рождения.

Анамнез жизни. Наследственность не отягощена. Раннее развитие без особенностей. В школу пошла с 7 лет. Училась хорошо, классы не дублировала. По характеру формировалась активной, любознательной, энергичной. Окончила 9 классов ООШ. ПТУ по специальности парикмахер. Не работает. Перенесенные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания. ЧМТ отрицает. Хронические заболевания: с 2003 г. гепатит С, ВИЧ с 2003г. Аллергологический анамнез без патологии. Эпидемиологический анамнез: вен. заб-я, инф., туберкулез отрицает. Социально-трудовой анамнез: не работает, в л/н не нуждается.

Анамнез заболевания: Начало употребления опиатов - 16 лет. Попробовала героин ингаляционно. С 18 лет вынужденная ремиссия на 1,5 года. С 20 лет употребляет героин в/в систематически. С 22 лет употребляет метадон в/в в дозировке 0,2 гр. в сутки. Последнее употребление опиатов 10.02.2023 г. В поле зрения психиатра-нарколога попадает впервые. Обратилась на прием самостоятельно, госпитализирована.

При поступлении.

Жалобы на влечение к опиатам, плохой сон, общее недомогание, тревожность, боли в мышцах, суставах, сниженное настроение.

Психический статус: Ориентирована в месте, времени и собственной личности верно. Контакт доступен, формально участвует в беседе. Тревожна, настроение несколько снижено, отмечает раздражительность. В суждениях поверхностна, лжива, склонна преуменьшать масштабы наркотизации. Мышление без структурных нарушений. Бредовые идеи не высказывает, обманы восприятия не выявляются. Без агрессивных и суицидных тенденций. В поведении упорядочена. Критика к заболеванию формальная.

Неврологический статус Зрачки D=S, реакция на свет содружественная. Сухожильные рефлексы живые, симметричные. Лицо симметричное. Язык по средней линии. Координационные пробы выполняет с промахиванием. Без очаговой симптоматики.

Соматический статус: Кожные покровы и видимые слизистые чистые. Тургор кожи удовлетворительный. Зев чистый, миндалины не увеличены. Тоны сердца приглушены, шумы не определяются. Пульс 85 уд/мин., ритм., удовлетворительных характеристик. АД 120/90 мм. рт. ст. Дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена, безболезненна. Поколачивание по пояснице безболезненно с обеих сторон. Мочеиспускание безболезненное, моча обычной окраски. Дисфункция кишечника не выявлена.

- RW, VL, диз. группа – отр.

- HBsAg -, HCVAg +

- ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС –76 в', без очаговых изменений.

Заключение терапевта: Хронический гепатит «С», вне обострения. ВИЧ – инфекция.

Задание:

1. Перечислите основные психопатологические симптомы и синдромы.
2. Составьте план обследования больного.
3. Дайте оценку трудоспособности, дееспособности, годности к военной службе.

ПК-5. Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с

1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):

Выберите правильный ответ:

1. К основным классическим клинико-психотерапевтическим принципам в работе с больными шизофренией относятся все перечисленные, за исключением:

- 1) доверительного обучения больного известной диссимуляции
- 2) активирования как воздействия на психику, в конечном счете, через моторику-поведение
- 3) эмоционального благотворного оживления пациента различными способами
- 4) принципа критического наступления на бредовые и сверхценные, навязчивые построения
- 5) принципа особого значения интимного, эмоционально-тесного контакта с врачом

Ответ: 4

2. Так называемое "вхождение" психотерапевта в мир своего шизофренического пациента принято на Западе называть всеми следующими терминами, кроме:

- 1) "душевная близость"
- 2) "интенциональность"
- 3) "идентификация"
- 4) "терапевтическая любовь"
- 5) "психотерапевтическое зеркало"

Ответ: 5

3. По Бенедетти "вхождение" психотерапевта в мир шизофренического пациента выражается всем перечисленным, кроме:

- 1) части больной личности интроецируются психотерапевтом
- 2) части личности психотерапевта принимаются пациентом
- 3) сновидения психотерапевта отражают тревоги пациента
- 4) сновидения пациента структурируются внутренними движениями психотерапевта
- 5) психотерапевт начинает подробно разбираться в логике пациента

Ответ: 5

4. Эмоциональный контакт, без которого невозможна квалифицированная психотерапия невротоподобной шизофрении, основывается (В.Е. Рожнов):

- 1) на подробном, тонком знании клиники заболевания
 - 2) на углубленном понимании биохимических процессов в организме больного
 - 3) на способности высказать искренний заботливый интерес к личности пациента и открыть пациенту в известных границах собственную личность
 - 4) войти с пациентом в теплые, дружеские отношения, сделаться с ним друзьями в обычном истинном смысле
- Ответ: 1,3

5. Смысл симптома включает все перечисленное, кроме (З.Фрейд):
- 1) откуда он берется
 - 2) как выражает собой защитно-приспособительные силы природы и каков по своему происхождению - процессуальный или невротический
 - 3) куда или к чему ведет
 - 4) впечатления и переживания, от которых он исходит
 - 5) все ответы верны
- Ответ: 2

6. Целью невротических симптомов является все перечисленное, кроме (З.Фрейд):
- 1) ухода в навязчивости, истерические конверсивные расстройства и другое невротическое от неспособности сознательно, разумно-человечески решить определенную конфликтную ситуацию
 - 2) сексуального удовлетворения невротиков
 - 3) замены, замещения собой то сексуальное удовлетворение, которого невротики лишены в жизни
 - 4) вытесненного сопротивления
 - 5) удовлетворения сексуальных желаний
- Ответ: 4

7. Фазами общего адаптационного синдрома не являются (Г.Селье):
- 1) реакция удивления или тревоги из-за неопытности и неумения совладать с ситуацией
 - 2) фаза восхищения новым, необычным, удивительным и фаза агрессивного возбуждения
 - 3) фаза сопротивления без лишних волнений
 - 4) фаза истощения
 - 5) фаза дистресса
- Ответ: 2

8. Цель навязчивого симптома зависит прежде всего от (З.Фрейд):
- 1) образованности пациента
 - 2) нозологической окраски
 - 3) религиозности пациента
 - 4) бессознательного

5) осознанного сексуального голода

Ответ: 4

9. При истерии обнаруживается главным образом (З.Фрейд):

1) аутоэротизм

2) вытеснение

3) регрессия либидо на предварительную ступень садистско-анальной организации

4) анальные переживания

5) мастурбационный комплекс

Ответ: 2

10. При неврозе навязчивых состояний обнаруживается главным образом (З.Фрейд):

1) маскировка любовного импульса под садистский

2) регрессия либидо без вытеснения

3) неосознанное сексуальное извращение

4) оральное эротическое напряжение

5) комплекс Эдипа

Ответ: 1

2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):

Вопросы для собеседования:

1. Концепции сознания “Я”, неосознаваемого.

2. Психологическая защита.

3. Принципы действия психотерапии.

4. Личность и система ценностей эффективного психотерапевта.

5. "Синдром сгорания": причины, профилактика.

6. Современные представления о психотерапевтическом контакте в рамках разных психотерапевтических подходов.

7. Условия, навыки поддержания психотерапевтического контакта.

8. Процедуры и техники психотерапевтической беседы.

9. Перенос и контрперенос в психотерапии.

10. Особенности взаимодействия врача и пациента в различных направлениях психотерапии.

3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний и умений, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

Задача №1

К невропатологу обратилась больная 45 лет с жалобами на тревогу,

неусидчивость, бессонницу, слабость. В беседе выяснилось, что в течение последнего месяца перенесла ОРВИ, после чего ухудшилось настроение, не может сосредоточиться на работе, стала слышать оклики по имени, а затем целые фразы. Голоса слышит, как бы "внутри головы", считает, что ею кто-то управляет. Испытывает страх. Замечает "переодетых преследователей" на улице. Считает, что ее хотят убить, боится выходить из дома. Стала замечать подозрительный привкус пищи, из-за этого перестала есть, сильно похудела, жалуется на запоры.

Установите ведущий психопатологический синдром. Ваша тактика? Что Вы думаете о возможности применения психотерапии в данном случае?

Задача №2

Больной 45 лет, перенес инфаркт миокарда без зубца Q. Постинфарктный период протекал без осложнений. Во время проведения нагрузочной пробы через две недели возникла бурная вегетативная реакция со страхом остановки сердца. После этого отказывается от расширения двигательного режима, боится оставаться без медицинского персонала. Испытывает страх "остановки сердца". Понимая необоснованность страхов, заявляет, что не может их преодолеть. Появление страха сопровождается сердцебиением, ощущением замирания сердца, обильным потоотделением. Объективно показатели гемодинамики и ЭКГ в норме, противопоказаний к расширению режима нет.

Перечислите психопатологические симптомы и синдромы. Установите диагноз заболевания.

Задача №3

Больной 44 года, врач, наблюдается у психиатра с 28 лет по поводу периодически повторяющихся депрессивных состояний, длящихся в среднем от 1,5 до 2 месяцев, преимущественно в осенний период. Пациент обходился амбулаторным лечением, принимал amitriptilin доза 50 мг в сутки. Перенёс острый инфаркт миокарда 4 месяца назад. После выписки из стационара у больного развилось очередное депрессивное состояние, которое выразилось в снижении настроения, подавленности, чувстве тоски, апатии в первой половине дня, нарушении сна, потере аппетита, снижением работоспособности (сильно уставал, испытывал трудности в сосредоточении внимания).

1. Назовите описанный синдром и симптомы.
2. Для какого расстройства этот синдром характерен?
3. Какие параклинические методы исследования показаны для дифференциального диагноза?
4. Каков прогноз расстройства?

Задача №4

Больной Р., 38 лет, служащий, не имевший эмоциональных нарушений в анамнезе, обратился с жалобой на страх авиаперелётов. После серии

авиакатастроф, больной стал бояться летать. Перед полётом у него развивается выраженная тревога, сопровождающаяся «нехваткой воздуха». Появляется бессонница, пациент не может выполнять служебные обязанности. После полёта состояние быстро стабилизируется.

Вопросы:

1. Какие симптомы описаны?
2. Каким синдромом определяется состояние?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?

Задача №5

В приёмный покой психиатрического стационара доставлена молодая девушка в сопровождении родственников. Поводом для вызова СМП послужила угроза суицида со стороны пациентки, носящая явный демонстративный характер. Со слов родственников известно, что, вернувшись в состоянии лёгкого алкогольного опьянения после встречи с друзьями, девушка закрылась в ванной, где долго плакала, на просьбы матери и отца открыть дверь реагировала грубо, высказывала проклятья в адрес молодого человека, который «обманул её, предал». Вышла оттуда спустя полчаса, держа лезвие бритвы у запястья, грозилась перерезать себе вены, говорила, что «не сможет без него жить». По дороге в больницу в машине скорой помощи начала «задыхаться», говорила, что «не может проглотить слюну, будто ком в горле встал». Из анамнеза известно, что пациентка росла впечатлительным и эмоциональным ребёнком, в школе имела много друзей и подруг, стремилась принять участие в различных видах самодеятельности, «всегда была на виду». Рано начала пользоваться косметикой и проявлять интерес к противоположному полу. Всегда отличалась яркой внешностью и вызывающим поведением. К учёбе обнаруживала посредственные способности, ничем серьёзно не интересовалась, увлечения отличались поверхностностью. Рассказывая что-то, могла, не замечая этого, «приукрасить» действительность, немного приврать. Несмотря на отсутствие реальных успехов, была высокомерна и эгоистична, с трудом переносила похвалу в адрес других людей.

На приёме отказывается говорить с врачом в присутствии родителей. После того как родственники вышли, рассказывает, что «на самом деле ничего с собой делать не собиралась, просто хотела, чтобы на неё обратили внимание, чтобы потом до парня это всё дошло и он чувствовал муки совести». Держится уверенно, внешне ухоженная, глаза красные от слёз. В суждениях инфантильна. К концу беседы начинает улыбаться доктору, в подробностях и красках рассказывая о произошедшей с молодым человеком ссоре.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

ПК-6. Готовность к ведению и лечению пациентов с психическими и поведенческими расстройствами, обусловленными употреблением психоактивных веществ

1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты)

Выберите правильный ответ;

1. Существенно помогают в случаях зафиксированных конверсионных истерических расстройств у примитивной личности с рентной установкой:

- 1) внушение в бодрствующем состоянии
- 2) гипносуггестивная терапия
- 3) протрептика
- 4) методика сократического диалога Рожнова
- 5) терапия творческим самовыражением

Ответ: 3

4. Существенно помогают в случаях зафиксированных истерических парезов вследствие тяжелого испуга все перечисленные психотерапевтические приемы, за исключением:

- 1) кальциевого удара
- 2) эфирной маски Свядоща
- 3) эмоционально-стрессового гипноза Рожнова
- 4) гипноза-отдыха
- 5) протрептики

Ответ: 4

5. Для лечения невроза страха показаны (по Свядощу):

- 1) гипносуггестивная терапия и каузальная психотерапия
- 2) наркопсихотерапия
- 3) эфирная маска Свядоща
- 4) кальциевый удар

Ответ: 1,2

6. В психотерапевтической работе с больными истерией не следует (по Консторуму):

- 1) быть строгим или добрым
- 2) анализировать
- 3) быть лаконичным
- 4) быть обстоятельным
- 5) ничего из перечисленного

Ответ: 5

7. Больной истерией в беседе с психотерапевтом должен знать, что (по Консторуму):

- 1) он несерьезный больной
- 2) его переживания есть нечто, не заслуживающее внимания
- 3) его симптомы - проявления злой воли
- 4) он симулянт
- 5) его болезненные расстройства заслуживают внимания психотерапевта и искреннего желания помочь

Ответ: 5

8. Психотерапевту следует относиться к больным истерией (по Консторуму):

- 1) как к безусловно страдающим от своих симптомов
- 2) с пренебрежением к их симптомам
- 3) с уважением к механизмам их истерического реагирования
- 4) игнорируя их симптоматику как выдумку, симуляцию
- 5) сочувственно, как к самоотверженным жертвам травмирующей их ситуации

Ответ: 1

9. Возможно серьезно помочь пациенту с истерическими невротическими расстройствами (по Свядоцу):

- 1) полным игнорированием истерического симптома
- 2) полным неглижированием истерического симптома
- 3) усердным лечением какого-то незначительного неистерического симптома, фиксируя на нем внимание больного, отвлекая от (даже массивно нарушающих функции) истерических расстройств (это не важно, это скоро само пройдет)

4) прямым внушением; каузальной психотерапией

5) правильно все перечисленное

Ответ: 5

10. Для лечения фобий применяются:

1) отвлечение по Бехтереву; активирование по Консторуму; мотивированное внушение по Платонову

2) "просветляющее" внушение по Втюрину

3) "кавалерийская противофобическая атака" по Яковлевой

4) Кречмеровская протрептика

5) правильного ответа нет

Ответ: 1

11. Наиболее эффективными психотерапевтическими приемами для лечения упорных фобических невротических расстройств являются (по Н.М. Асатиани):

1) разъяснение и убеждение

2) отвлекающая терапия; метод функциональных тренировок, разработанный Леонгардом и Бергман

3) внушение по методике Хмельницкого; протреника

Ответ: 2

12. Для лечения фобического невроза возможно применить все перечисленное, кроме (по Свядошу):

1) гипносуггестивной психотерапии

2) аутогенной тренировки

3) поведенческой психотерапии и рациональной психотерапии

4) кальциевого удара

5) все перечисленное

Ответ: 4

13. Для лечения фобического невроза возможно применение всего перечисленного, за исключением (по Свядошу):

1) каузальной психотерапии

2) методов внушения и самовнушения

3) методов угашения условной связи

4) методов форсированной тренировки

5) эфирной маски Свядоша

Ответ: 5

14. Для успешной работы с больными, имеющими стойкие, давние навязчивости, следует (по Консторуму):

1) призвать пациента "взять себя в руки", апеллируя к "здравому смыслу" и "силе воли"

2) неустанно доказывать таким пациентам неразумность их навязчивых побуждений

3) практически во всех случаях применять преимущественно суггестию; стараться провести пациенту лечебное внушение в сомнамбулическом гипнозе

4) применять широко куэизм - для прямого устранения или смягчения навязчивостей

5) ни одно из перечисленных

Ответ: 5

15. В случае явного обострения навязчивостей в связи с астенизирующими моментами следует (по Консторуму):

1) активировать пациента к разнообразной трудовой, домашней деятельности, указывая, что его состояние не есть истинная усталость

2) заменить ситуацию борьбы больного с навязчивостями (в его сознании) ситуацией болезни (врачебным авторитетом рассматривать навязчивости как, например, острую инфекцию); предоставить больному покой (до постельного режима включительно)

3) врачебно-настойчиво упрекать пациента в его бессилии, поражении в борьбе с навязчивостями

4) не стремиться смягчать внутреннее напряжение пациента для его же блага

5) правильно 1) и 3)

Ответ: 2

16. В случае стойких, давних уже навязчивых расстройств (с накопившимся у пациента основательным опытом бесплодной борьбы с навязчивостями) следует (по Консторуму):

1) запретить в большинстве случаев борьбу с навязчивостями, предупредив, что основная задача сейчас - отвлечься, предаться забвению

2) призвать пациента неустанно бороться с навязчивостями и победить их с помощью врача, так как нас теперь уже двое против навязчивостей

3) призвать не бороться с навязчивостями, а капитулировать, дать всему естественный ход – в надежде на то, что навязчивости "выдохнутся", со временем ослабеют, "растворятся" в естественной успокоенности и увлеченности жизнью

4) призвать тренироваться, точно и неукоснительно выполняя врачебные предписания; стремиться выработать у пациента как можно более спокойное отношение к своим навязчивостям

Ответ: 1,4

2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):

Вопросы для собеседования:

1. Общие факторы лечебного действия психотерапии.

2. Гуманистическая терапия (личностно-ориентированная терапия, гештальт-терапия и психодрама).

3. Психодинамическая терапия (классический долгосрочный психоанализ, психоаналитическая краткосрочная терапия и индивидуальная терапия).

4. Когнитивно-поведенческая терапия (оперантное обусловливание, систематическая десенсибилизация, лечение методом конфронтации, метод «биологической обратной связи», тренинг социальных умений, рационально-эмотивная терапия).

5. Интерперсональная и системная терапия (терапия пар, семейная терапия, системная индивидуальная терапия).

6. Классификации методов психотерапии.

7. Индивидуальные и групповые методы психотерапии.

8. Рациональные и суггестивные методы психотерапии.

9. Директивные и недирективные методы психотерапии.

10. Симптомо-центрированные, личностно-центрированные, социо-центрированные методы.

11. Методы, направленные на понимание и преодоление проблем; на понимание себя, своих мотивов, ценностей, целей, стремлений.

12. Методы, направленные на подавление эмоций; на выражение эмоций.

13. Механистические, гуманистические методы.

14. Методы, связанные с идентификацией, с созданием условий, с проникновением в сущность.

15. Схема процесса определения показаний и терапевтического планирования.

16. Принципы действия психотерапии.

17. Современные представления о психотерапевтическом контакте в рамках разных психотерапевтических подходов.

18. Условия, навыки поддержания психотерапевтического контакта.

19. Процедуры и техники психотерапевтической беседы.

20. Перенос и контрперенос в психотерапии.

21. Групповая психотерапия. Определение. Стадии формирования группы. Цели. Руководство группой. Показания и противопоказания.

22. Психотерапевтические ролевые игры: формы ролевых игр, характеристики процесса ролевой игры.

23. Семейная терапия: методы, задачи, технические приемы, возможные результаты.

24. Психотерапия в клинике пограничных расстройств.

25. Психотерапия в клинике эндогенных и органических психических расстройств.

26. Психотерапия в клинике наркологических расстройств.

3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний и умений, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

Задача №1

Пациентка 25 лет педагог обратилась к психиатру. Начиная с подросткового периода у неё бывают эпизоды состояния грусти, временами она чувствовала себя хорошо, но эти периоды редко длились более 2 недель. Говоря про свои жалобы, она фиксирует больше внимания на повторных разочарованиях в жизни и низкой самооценке, чем на конкретных депрессивных симптомах. Она трудоспособна, но думает, что делает работу не настолько хорошо, как следовало бы.

Вопросы:

1. Назовите описанный синдром.

2. Какова врачебная тактика при возникновении этого синдрома?

3. Рекомендованное лечение

Задача №2

В клинику обратился студент К., 21 года, с жалобами на страх публичных выступлений. Клиническая картина предвосхищения фобического стимула и столкновения с ним включает в себя гипергидроз, тахикардию, покраснение кожных покровов, сердцебиение. Данное состояние мешает больному сосредоточиться, ясно выговаривать слова, что часто приводит к срыву доклада.

Вопросы:

1. Диагностируйте данное расстройство в соответствии с классификацией МКБ-10.
2. Назовите препараты выбора медикаментозного лечения данного заболевания.
3. Укажите основные виды психотерапии.

Задача №3

Пациентка А., 44 года. Анамнез: дед и отец пациентки никогда не наблюдались у психиатров, однако, со слов отца, на протяжении жизни у них бывали достаточно длительные периоды, когда они испытывали острые приступы тревоги, по описанию соответствующие клиническим проявлениям панической атаки. Эти приступы возникали внезапно, сопровождались страхом смерти, вегетативными проявлениями - тахикардией, ощущением нехватки воздуха, слабостью, повышением артериального давления. Отец больной в период между приступами, боясь их повторения, старался избегать любых физических нагрузок, выбирал пешие маршруты таким образом, чтобы «избежать пути в горку» и т. п. При этом какой-либо значимой соматической патологии, которая могла бы обусловить такую симптоматику, не выявлялось. В последующем у деда пациентки и у ее отца эти проявления нивелировались, никак не отразившись на их социальной адаптации. Отец пациентки до настоящего времени активно работает.

Пациентка родилась от нормально протекавшей беременности, в полной семье, младшей из двух дочерей. Росла и развивалась в соответствии с возрастными нормами. По характеру формировалась общительной, активной, эмоциональной, впечатлительной. В школу пошла с 7 лет, училась хорошо, с удовольствием общалась со сверстниками, стойких хобби не было. Посещала музыкальную школу. Менструации - с 13 лет, регулярные, малоболезненные. В пубертатный период по характеру существенно не менялась. Отмечает, что с детства была чрезмерно тревожной, склонной волноваться по малозначимым поводам, «делать из мухи слона». Тревожность особенно усиливалась в ответственные моменты, например, перед контрольными или экзаменами, несмотря на то, что всегда хорошо училась. В период подготовки очень волновалась, боялась, что не справится. В такие периоды испытывала тревогу, внутреннюю напряженность, раздражение, что заставляло ее, запершись в комнате, «биться головой о стену, чтобы как-то разрядиться, отвлечься».

После окончания 11 классов школы поступила в университет. Училась хорошо, с интересом, имела близких друзей среди сверстников. Несмотря на

то, что все жизненные обстоятельства в тот период складывались благополучно, «всегда находила себе поводы для тревоги». Во время учебы в институте эпизодически (в основном в период сессий) принимала феназепам для купирования тревоги. Потребность в приеме феназепама была связана с усилением чувства внутренней напряженности, неуверенности, опасений провалить экзамен. В таком состоянии часто испытывала головные боли, которые мешали сосредоточиться.

После окончания университета работала секретарем-референтом, с работой справлялась. В возрасте 26 вышла замуж по любви, в возрасте 28 лет родила сына. После родов постепенно нарастала тревожность. Постоянно испытывала беспокойство о ребенке, боялась, что с ним может что-то случиться. Настроение было пониженным из-за постоянной тревоги. Беспокоили головные боли, учащенное сердцебиение, быстро уставала, часто подолгу не могла заснуть. Отношения с мужем постепенно ухудшались. Он стал часто отсутствовать дома, не помогал. Когда ребенку было два года, муж поднял вопрос о разводе, выдвинув требование, чтобы ребенок жил с ним. Пациентка тяжело переживала разрыв, пыталась сохранить семью, опасалась, что муж заберет ребенка, боролась с этим решением. В этот период посмотрела по телевизору фильм, сюжет которого был связан с похищением ребенка. С этого момента резко усилилась тревога за ребенка, при малейшей провокации стали возникать наплывы тревожных мыслей о возможных опасных ситуациях, которые могут угрожать сыну (травма, похищение и т. п.). Особенно часто такие эпизоды возникали на фоне усталости. Несмотря на привязанность к сыну, больная занималась им мало. Как только он начинал капризничать или шалить и требовалось проявление строгости, у больной возникала тревога за ребенка, страх, что с ним может что-то случиться, появлялась раздражительность.

На протяжении последующих шести месяцев состояние постепенно ухудшалось: усиливался внутренний дискомфорт, ощущение беспокойства, утомляемость. Наплывы тревожных опасений за сына учащались. С домашними делами и уходом за ребенком справлялась с трудом. Большую их часть выполняла мать пациентки. На этом фоне ухудшилось настроение, испытывала подавленность, вялость. В таком состоянии впервые обратилась к психиатру. Наблюдалась амбулаторно.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Определите и обоснуйте тактику оказания помощи пациенту.
3. Через несколько месяцев регулярной психотерапии пациент не отмечает существенного улучшения состояния. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

Задача №4

К неврологу обратилась женщина 26 лет с жалобами на эпизоды сильной тревоги с сердцебиением, головокружением, подъемом АД, чувством нехватки воздуха, тошнотой, ознобом, потливостью, тремором рук, страхом внезапной смерти, страхом сойти с ума. Впервые испытала приступ

тревоги, когда была дома одна с ребенком, больным простудой, и очень переживала за его здоровье. Тревога возникает внезапно на фоне полного благополучия, достигает максимума за 10 мин и длится обычно не более 20-30 мин. Снимается приемом 10 мг анаприлина и 0,5 мг феназема под язык.

Приступы возникают в течение последних 2-х мес. 2-3 раза в неделю. При возникновении приступа часто вызывает скорую помощь. Боится оставаться дома одна из-за страха повторения приступов тревоги.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план лечения, включающий медикаментозные и немедикаментозные методы.
3. Определите и обоснуйте тактику оказания помощи пациенту.

Задача №5

Мужчина, 41 год, в течение 2-х лет повторно обращается в медицинские учреждения ко врачам различных специальностей с требованием медицинских обследований и с жалобами на головную боль, боль в спине, в суставах, в животе, изжогу, отрыжку, неприятные ощущения в горле, головокружение, общую слабость. Были проведены: ЭКГ, суточный мониторинг ЭКГ и АД, фонокардиография, УЗИ сердца, рентгенография легких, исследование уровня гормонов щитовидной железы и катехоламинов, ЭЭГ, Эхо-ЭГ, рентгенография шейного отдела позвоночника, МРТ головного мозга, УЗДГ церебральных сосудов, ФГДС, исследование желудочного сока, УЗИ брюшной полости. Пациент был проконсультирован терапевтом, неврологом, эндокринологом, гастроэнтерологом, отоларингологом, мануальным терапевтом, ревматологом.

За время наблюдения при многократных обследованиях не было обнаружено объективных доказательств наличия соматической или неврологической патологии. Лечение у терапевта и невролога не дает значительного улучшения. Из-за своей болезни пациент был вынужден уйти на работу с более «щадящим» графиком, не уделяет достаточного внимания семье. При расспросе получена информация, что возникновению жалоб предшествовала тяжелая стрессовая ситуация – смерть близкого друга от онкологического заболевания, однако пациент не видит связи между возникновением своего заболевания и пережитой ситуацией.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план лечения, включающий медикаментозные и немедикаментозные методы.
3. Определите и обоснуйте тактику оказания помощи пациенту.

ПК-8. Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации

1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и

объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):

Выберите правильный ответ:

1. Факт так называемых предсмертных ремиссий при шизофрении подтверждает положение о том, что (по Консторуму):

1) собственно шизофреническое "первичное" психотерапевтически недоступно

2) в шизофренических расстройствах трудно разделить первичное и вторичное, деструктивное и реактивно-функциональное

3) психотерапия действует лишь на психогенные надстройки ("шапки") у больного шизофренией

4) имеется специфическое соматическое расстройство при шизофрении

5) концепция эмоционального островка, аффективного переноса (Мак Мюллер) не выдерживает критики

Ответ: 2

2. Личностно-восстановительные врачебные задачи в лечении больных психозами состоят (по В.Смирнову):

1) в психотерапевтическом, эмоциональном способствовании тому, чтобы больной как можно меньше осознавал свои психотические расстройства как болезненные и общественно полезно применил их (по возможности)

2) в том, чтобы эмоционально-стрессово помочь больному размежеваться с психотическими расстройствами путем самоотчета в диалоге с врачом

3) в том, чтобы своими высказываниями и другими средствами воссоздать ситуацию стойла, авгиевых конюшен, которые Геракл очистил за один день, направив течение реки Алфей на скотный двор

4) в повышении степени личностной зрелости психотического больного путем прививания ему чувства ответственности за свои поступки

Ответ: 2,4

3. В случаях затяжных (хронифицированных) циркулярных депрессий следует:

1) прежде всего воздействовать на пациента реабилитационными мероприятиями

2) вовлекать больных в различные виды групповой деятельности

3) обратиться к культуртерапии

4) проводить групповые занятия

Ответ: 1,2,3,4

4. Психотерапия выполняет функцию:

1) лечения и частично реабилитации

2) профилактики и частично развития

3) профилактики

4) лечения и реабилитации

Ответ: 4

2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):

Вопросы для собеседования:

1. Содержание консультативного процесса по А. Беку: три уровня когнитивных изменений: произвольное мышление, автоматическое мышление, уровень убеждения.

2. Психопрофилактика в психотерапии.

3. Психореабилитация в психотерапии.

4. Этапы формирования терапевтических ремиссий у больных с острыми психозами.

5. Проблема психологической реабилитации лиц, выживших в экстремальных ситуациях.

6. Паллиативная медицина и психотерапия. Психотерапия терминальных больных.

7. Особенности оказания психологической помощи беженцам и вынужденным переселенцам.

8. Типичные последствия экстремальных состояний.

9. Психофизиологическое состояние спасателей и ликвидаторов последствий стихийных бедствия, аварий, катастроф. Радиационная («чернобыльская») катастрофа.

10. Понятие и факторы стрессоустойчивости.

3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний и умений, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

Задача №1

Больной М., 37 лет. Болен в течение многих лет. Неоднократно лечился в психиатрических больницах. Настоящее поступление восьмое. В психиатрическом отделении находится более 2-х месяцев. В кабинет врача вошел уверенным шагом, широко распахнул дверь, громким и уверенным голосом произнес: «Здравствуйте!». Далее без вопросов врача назвал свою фамилию, имя, отчество. Во время беседы на лице радостная улыбка. Рассказал о том, что «в психиатрическом отделении находится, чтобы помогать лечить людей». На вопрос врача о том, а не болен ли он сам? – широко улыбнулся и ответил: «Ну, что вы, доктор. Если есть на свете стопроцентно здоровый человек – то он перед вами. Речь пациента быстрая, иногда «проглатывает» слова. Усидеть на одном месте не может, постоянно встает, разгуливает по кабинету – «я как мотор, заряжаемый солнечной энергией», - говорит больной. Жалует, что отделение мужское. Женщины –

«помогают мужчине реализоваться», «совершать достойные и мужественные поступки», «только рядом с женщиной мужчина становится мужчиной». Пребыванием в отделении совершенно не тяготится.

Вопросы:

1. Выделите психопатологические симптомы.
2. Определите ведущий психопатологический синдром.
3. Роль психотерапевта?
4. Какие методы и технологии психосоциальной реабилитации можно использовать в данном случае?

Задача №2

Больная А., 53 лет, предъявляет жалобы на резко сниженное настроение, особенно в утренние часы, «гнетущую тоску», «тяжесть на сердце», чувство безысходности, нежелание жить. Считает, что она «напрасно прожила свою жизнь, ничего стоящего в ней не сделала», «всем окружающим всегда была в тягость». Считает себя «никчемным, недостойным жизни человеком». Так же отмечает, что все вокруг перестало ее радовать, пища стала безвкусной, краски тусклыми, «как будто все подернуто серой пеленой». Во время беседы речь замедлена, на вопросы отвечает после длительных пауз. Выражение лица скорбное, печальное. Движения также замедлены, дома большую часть времени проводила в постели. Высказывает суицидальные мысли.

Вопросы:

1. Выделите психопатологические симптомы.
2. Определите ведущий психопатологический синдром.
3. Роль психотерапевта.
4. Какие методы и технологии психосоциальной реабилитации можно использовать в данном случае?

Задача №3

Больной Н., 50 лет, в течение 2-х месяцев жалуется на пониженное настроение, чувство тоски, «тяжесть в груди» с суточными колебаниями в тяжести симптомов (утром – хуже, вечером – лучше), ранние утренние пробуждения, снижение аппетита и веса тела (до 5 кг в месяц). Полностью утратил интерес к тому, что раньше было для него приятным и вызывало чувство радости. Отмечает «замедление течения мыслей» и большую потребность во времени для выполнения привычных действий. Временами появляются мысли о самоубийстве, хотя конкретных планов по уходу из жизни нет. Стал чаще употреблять спиртные напитки, чтобы облегчить свое состояние, но состояние опьянения «помогает лишь на короткий промежуток времени».

Вопрос:

1. Выделите психопатологические симптомы.
2. Определите ведущий психопатологический синдром.
3. Роль психотерапевта.

4. Какие методы и технологии психосоциальной реабилитации можно использовать в данном случае?

Задача №4

Больной В., 42 лет, инженер, в момент осмотра спокоен, никаких жалоб не предъявляет. О себе сообщил следующее: с 25 лет периодически с промежутком в 1-2 года возникали приступы либо беспричинной тоски, либо неудержимого веселья и радости.

Несколько раз по этому поводу проходил лечение в психиатрических больницах. Продолжительность приступов 2-3 месяца. Других психических расстройств не отмечалось. Вне приступов чувствует себя здоровым, успешно продолжает выполнять свои профессиональные обязанности. Женат, имеет двоих детей.

Вопросы:

1. Можно ли выделить психопатологические расстройства в психическом статусе больного?
2. Какое психическое расстройство можно предположить у данного больного?
3. Роль психотерапевта?
4. Какие методы и технологии психосоциальной реабилитации можно использовать в данном случае?

Задача №5

Больная Щ., 45 лет, экономист. Впервые заболела около года назад, когда резко и беспричинно изменилось настроение: стала подавленной, тоскливой, тревожной, считала, что «виновата перед своим давно умершим отцом», «ловила» на себе осуждающие взгляды окружающих. Появилась убежденность, что «она преступница» (когда умирал отец, больная находилась на отдыхе). Стала прятаться от окружающих, не выходила на улицу. Появились мысли о самоубийстве, но не могла решиться на этот шаг, так как «было очень страшно».

Вопросы:

1. Выделите психопатологические симптомы.
2. Определите ведущий психопатологический синдром.
3. Роль психотерапевта?
4. Какие методы и технологии психосоциальной реабилитации можно использовать в данном случае?

ПК-9. Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих

1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и

полноты):

Выберите правильный ответ:

1. Эмпатический способ общения с другой личностью подразумевает все перечисленное, кроме (К. Роджерс)

1) постоянной чувствительности к меняющимся переживаниям другого - к страху или гневу, или растроганности, или стеснению, одним словом, ко всему, что испытывает он или она

2) полного отождествления, идентификации себя с этим другим (другой)

3) вхождения в личный мир другого или пребывания в нем "как дома"

4) временной жизни другой жизнью, деликатного пребывания в ней без оценивания и осуждения

5) улавливания того, что другой сам едва осознает, не без попытки вскрыть совершенно неосознанные чувства, поскольку они могут оказаться травмирующими

Ответ: 2

2. Дорогами самоактуализации является все следующее, кроме (А.Маслоу)

1) представить себе жизнь как процесс постоянного выбора из различных возможностей возможности роста

2) выявлять свои защиты, преодолевая их (например, реритуализация)

3) полное живое бескорыстное переживание с полным сосредоточением и погруженностью, т.е. переживание без подростковой застенчивости

4) прислушиваться именно к самому себе, к своему "Я", а не к внешним голосам, традициям и т.д., быть готовым к независимой от окружающих позиции

5) быть самим собой и в том смысле, чтобы уважать свои не безнравственные патологические свойства (чувство неполноценности, стеснительность, нерешительность и т.д.), чувствовать в них общественно полезную силу, применить их с пользой для людей

Ответ: 5

3. Смысл надо искать (В.Франкл):

1) интуитивно, при помощи совести, творчески

2) не нарушая ни единой нравственной религиозной заповеди

3) с помощью экзистенциального вакуума

Ответ: 1

4. Консультант, помогающий самоактуализации людей (А.Маслоу)

1) пытается помочь человеку совершенствоваться, расти личностно в рамках собственного стиля этого человека, работает в духе учения даосизма

2) пропагандирует знания пациентам, тренирует их

3) в идеальном случае помогает пациенту проникнуться своими

(психотерапевта) теоретическими представлениями, доносит до пациента свой взгляд на мир

4) помогает пациенту сооружать всевозможные защиты от жизненных трудностей

5) верно все перечисленное

Ответ: 1

5. Б-ценностями являются (А.Маслоу):

1) красота и простота

2) истина

3) совершенство

4) всесторонность

5) все перечисленное

Ответ: 5

2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):

Вопросы для собеседования:

1. Психопрофилактика в психиатрии-наркологии.

2. Понятие психологического сопровождения. Принципы организации и этапы психологического сопровождения.

3. Основные принципы этики и деонтологии в разных врачебных специальностях.

4. Соблюдение принципов этики при получении и предоставлении информации.

5. Основные аспекты приложения биомедицинской этики: новые репродуктивные технологии - экстракорпоральное оплодотворение, суррогатное материнство, аборт (использование клеточного материала зародыша в медицинских целях), стерилизация; клонирование человека (точная генетическая копия), геномика, применение генетически модифицированных продуктов; эвтаназия; трансплантация органов и тканей (донорство крови, вопросы пересадки органов донора и от трупа); социальная справедливость.

6. Основные модели по Роберту Витчу: патерналистская, информационная, интерпретационная и совещательная.

7. Этические аспекты оказания психотерапевтической помощи.

8. Этические аспекты информированного согласия и отказа от лечения.

9. Профессиональная ответственность медиков: морально-этические и юридические аспекты.

10. Роль личности психотерапевта во взаимоотношениях с пациентом.

3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний и умений, с их

применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

Выполнение и защита реферата:

1. Основные предикторы формирования психосоматизации.
2. Факторы риска развития психосоматических расстройств.
3. Протективные факторы в психосоматической медицине.
4. Особенности первичной профилактики психосоматических расстройств.
5. Особенности вторичной профилактики психосоматических расстройств.
6. Педагогические технологии психопрофилактики.
7. Психологические технологии психопрофилактики.
8. Медико-психологические технологии психопрофилактики.
9. Психотерапевтические технологии психологической профилактики

Справка
о материально-техническом обеспечении рабочей программы практики
Наркология

№ п/п	Наименование специальных* помещений и помещений для самостоятельной работы	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы
1	Учебная комната 20 м ² №1, на базе ГБУЗ ОКПНД	Столы (6), стулья (20). Ситуационные задачи, тестовые задания по изучаемым темам. Учебные таблицы по психиатрии: структура организации психиатрической помощи в Российской Федерации, структура психоневрологического диспансера, иллюзии, галлюцинации, психосенсорные расстройства, синдром Кандинского-Клерамбо, расстройства мышления, синдромы нарушенного сознания, расстройства памяти, патология эмоций, двигательные-волевые нарушения.
2	Учебная комната 20 м ² №2, на базе ГБУЗ ОКПНД	Столы (6), стулья (20). Ситуационные задачи, тестовые задания по изучаемым темам. Учебные таблицы по психиатрии: структура организации психиатрической помощи в Российской Федерации, структура психоневрологического диспансера, иллюзии, галлюцинации, психосенсорные расстройства, синдром Кандинского-Клерамбо, расстройства мышления, синдромы нарушенного сознания, расстройства памяти, патология эмоций, двигательные-волевые нарушения
3	Учебная комната 15 м ² № 3, на базе ГБУЗ ОКПНД	Столы (4), стулья (20). Ситуационные задачи, тестовые задания по изучаемым темам. Учебные таблицы по психиатрии: структура организации психиатрической помощи в Российской Федерации, структура психоневрологического диспансера, иллюзии, галлюцинации, психосенсорные расстройства, синдром Кандинского-Клерамбо, расстройства мышления, синдромы нарушенного сознания, расстройства памяти, патология эмоций, двигательные-волевые нарушения

4	Учебная комната № 4 15 м ² , на базе ГБУЗ ОКПНД	Столы (4), стулья (20). Ситуационные задачи, тестовые задания по изучаемым темам. Учебные таблицы по психиатрии: структура организации психиатрической помощи в Российской Федерации, структура психоневрологического диспансера, иллюзии, галлюцинации, психосенсорные расстройства, синдром Кандинского-Клерамбо, расстройства мышления, синдромы нарушенного сознания, расстройства памяти, патология эмоций, двигательльно-волевые нарушения
5	Учебная комната №520 м ² , на базе ГБУЗ ОКПНД ОСП с. Бурашево	Столы (4), стулья (20). Ситуационные задачи, тестовые задания по изучаемым темам. Учебные таблицы по психиатрии: структура организации психиатрической помощи в Российской Федерации, структура психоневрологического диспансера, иллюзии, галлюцинации, психосенсорные расстройства, синдром Кандинского-Клерамбо, расстройства мышления, синдромы нарушенного сознания, расстройства памяти, патология эмоций, двигательльно-волевые нарушения
6	Учебная комната №5 20 м ² , на базе ГБУЗ «Тверского областного клинического наркологического диспансера».	Столы (4), стулья (20). Ситуационные задачи, тестовые задания по изучаемым темам. Учебные таблицы по психиатрии: структура организации психиатрической помощи в Российской Федерации, структура психоневрологического диспансера, иллюзии, галлюцинации, психосенсорные расстройства, синдром Кандинского-Клерамбо, расстройства мышления, синдромы нарушенного сознания, расстройства памяти, патология эмоций, двигательльно-волевые нарушения

**Лист регистрации изменений и дополнений на _____ учебный год
в рабочую программу практики
Наркология**

(название дисциплины, модуля, практики)

для ординаторов,

специальность: 31.08.21 Психиатрия-наркология

форма обучения: очная/заочная

Изменения и дополнения в рабочую программу дисциплины рассмотрены на

заседании кафедры « _____ » _____ 202__ г. (протокол № _____)

Зав. кафедрой _____ (ФИО)

подпись

Содержание изменений и дополнений

№ п/п	Раздел, пункт, номер страницы, абзац	Старый текст	Новый текст	Комментарий
1				
2				
3				