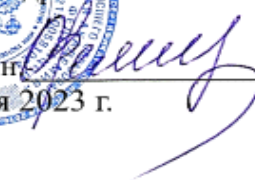


ОРД-ПСИХ-23


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ

Ректор ФГБОУ ВО СОГМА
Минздрава России

Д.М.Н.  О.В. Ремизов

13 апреля 2023 г.



РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ
«Врачебные манипуляции в психиатрии»
основной профессиональной образовательной программы высшего
образования – программы ординатуры по специальности
31.08.20 Психиатрия,
утвержденной 13.04.2023 г.

Форма обучения: Очная

Срок освоения: 2 года

Кафедра: психиатрии с неврологией, нейрохирургией и медицинской
реабилитацией

Владикавказ 2023

При разработке рабочей программы дисциплины «Врачебные манипуляции в психиатрии» ОПОП ВО – подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.20 Психиатрия (ОРД-ПСИХ-23) в основу положены:

- федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.08.20 Психиатрия (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденный приказом Министерства образования и науки РФ от 25 августа 2014 г. № 1062;
- учебный план по программе ординатуры по специальности 31.08.20 Психиатрия, ОРД-ПСИХ-19-04-23, утвержденный ученым Советом ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России от «13» апреля 2023 г., протокол № 7.

Рабочая программа дисциплины «Врачебные манипуляции в психиатрии» ОПОП ВО одобрена на заседании кафедры психиатрии с неврологией, нейрохирургией и медицинской реабилитацией ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России от 12 марта 2023 г. протокол № 7.

Рабочая программа дисциплины «Врачебные манипуляции в психиатрии» ОПОП ВО одобрена на заседании центрального координационного учебно-методического совета ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России от «14» марта 2023г., протокол № 4.

Рабочая программа дисциплины «Врачебные манипуляции в психиатрии» ОПОП ВО утверждена ученым Советом ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России от «13» апреля 2023г., протокол № 7.

Разработчики:

Зав кафедрой психиатрии
с неврологией, нейрохирургией
и медицинской реабилитацией
д.м.н., профессор



Букановская Т. И.

Рецензенты:

Идрисов К.А., д.м.н., профессор, зав. курсом психиатрии, медицинской психологии кафедры «Госпитальная терапия» Медицинского института ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет»

Татров А.С., к.м.н., доцент кафедры организации здравоохранения с психологией и педагогикой ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава России

Содержание рабочей программы

- наименование дисциплины;
- перечень планируемых результатов обучения по дисциплине, соотнесенных с планируемыми результатами освоения образовательной программы;
- указание места дисциплины в структуре образовательной программы;
- объем дисциплины в зачетных единицах с указанием количества академических или астрономических часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем (по видам учебных занятий) и на самостоятельную работу обучающихся;
- содержание дисциплины, структурированное по темам (разделам) с указанием отведенного на них количества академических или астрономических часов и видов учебных занятий;
- перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине;
- фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине;
- перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины;
- перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" (далее - сеть "Интернет"), необходимых для освоения дисциплины;
- методические указания для обучающихся по освоению дисциплины;
- перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем (при необходимости);
- описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине
- ведение образовательной деятельности с применением электронного обучения и дистанционных технологий

ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

Цель и задачи освоения дисциплины «Врачебные манипуляции в психиатрии»

Введение: в практике психиатрии понятие «неотложное» состояние трактуется шире, чем понятие «экстренная и неотложная помощь» в соматологии, и включает так же многие патологические процессы, которые непосредственной угрозы жизни не несут, но могут быстро приводить к значительному ухудшению состояния или являются крайне тягостными для пациента, а также ситуации, требующие проведения срочных диагностических манипуляций для исключения тяжелой острой патологии.

Понятие «неотложные состояния в психиатрии (также и в наркологии)» является условным, так как нет практически ни одного неотложного состояния, которое сопровождалось бы нарушением лишь психических функций и не вовлекало бы других систем организма. В ряде руководств в эту группу относят неотложные состояния, развивающиеся только в рамках психических заболеваний, алкоголизма, наркоманий и токсикоманий и исключают острые психические расстройства при соматических заболеваниях. В практической медицине применяется более широкая трактовка, согласно которой следует относить к «неотложным состояниям в психиатрии» все неотложные состояния, независимо от их нозологической принадлежности, сопровождающиеся

выраженными психическими нарушениями. Именно такое определение понятия используется в данной программе

Целью дисциплины является обучение умению распознавать неотложные состояния в психиатрии, требующие активного врачебного вмешательства.

Задачи дисциплины:

- Обучение знаниям квантифицированной диагностики психических расстройств и состояний, требующих активного врачебного вмешательства
- Сформировать навыки описания выявленных психических расстройств на основе объективного исследования (умение написать психический статус).
- Сформировать навыки психофармакологической коррекции психических расстройств, требующих активной терапии

• **Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине и результаты освоения образовательной программы**

№ № п/	Номер/индекс компетенции	Содержание дисциплины (или ее разделов)	Результаты освоения		
			знать	уметь	владеть
	2	3	4	5	6
•	ПК-1	Тема 1. Неотложные состояния в психиатрии, требующие активно врачебного вмешательства.	клиническую картину и синдромологию следующих психических расстройств: А) неотложные состояния, развивающиеся в рамках течения собственно психических заболеваний Б) неотложные состояния, развивающиеся как осложнения (нежелательные явления) при плановом применении психотропных препаратов в психиатрической и соматической практике В) неотложные	оценить тяжесть состояния, его остроту, причину его возникновения, принять решение для активного врачебного вмешательства; сформулировать показания к избранному методу врачебной манипуляции (препараты, дозировки, способ введения) при состояниях, требующих активного врачебного вмешательства	врачебными манипуляциями, направленными на купирование неотложных состояний в психиатрии

			<p>состояния, развивающиеся в рамках алкоголизма, наркоманий и токсикоманий</p> <p>Г) неотложные соматические состояния, протекающие с присоединением выраженных психических расстройств</p> <p>механизмы специфического действия психотропных препаратов различных психофармакологических групп, а также механизмы действия других лекарственных препаратов, применяемых в психиатрии для лечения неотложных состояний</p>		
		<p>Тема 2. Врачебные манипуляции при психических расстройствах, требующих активной терапии</p>	<p>клинические проявления следующих состояний:</p> <p>Психомоторное возбуждение.</p> <p>Суицидальное и аутоагрессивное поведение.</p> <p>Судорожные припадки и эпилептический статус</p> <p>Неалкогольный (соматогенный) делирий. Алкогольный делирий.</p> <p>Синдромы выключения сознания.</p> <p>Отказ от еды в связи с психическими расстройствами.</p> <p>Панические атаки и вегетативные кризы.</p> <p>Острые осложнения при применении</p>	<p>уметь проводить следующие манипуляции:</p> <p>Психомоторное возбуждение.</p> <p>Мероприятия:</p> <p>1) Физическое удержание</p> <p>2) Применение лекарственных препаратов для купирования возбуждения.</p> <p>Суицидальное и аутоагрессивное поведение.</p> <p>Тактика ведения пациента, совершившего суицидальную попытку.</p> <p>Судорожные припадки и</p>	<p>проводит врачебные манипуляции при следующих состояниях:</p> <p>Психомоторное возбуждение.</p> <p>Суицидальное и аутоагрессивное поведение.</p> <p>Судорожные припадки и эпилепти</p>

			психотропных средств	<p>эпилептический статус Мероприятия: 1) Во время припадка; 2) После припадка; 3) При эпилептическом статусе.</p> <p>Неалкогольный (соматогенный) делирий. Клиническая оценка и принципы лечения.</p> <p>Алкогольный делирий. Принципы лечения</p> <p>Синдромы выключения сознания. Клиническая оценка и принципы неотложной помощи.</p> <p>Отказ от еды в связи с психическими расстройствами . Клиническая оценка и мероприятия.</p> <p>Панические атаки и вегетативные кризы. Помощь во время приступа. Врачебные манипуляции при частых приступах.</p> <p>Острые осложнения при применении психотропных средств: 1)</p>	<p>ческий статус Неалкогольный (соматогенный) делирий. Алкогольный делирий. Синдромы выключения сознания . Отказ от еды в связи с психическими расстройствами. Панические атаки и вегетативные кризы. Острые осложнения при применении психотропных средств</p>
--	--	--	----------------------	--	--

				<p>Лекарственный делирий. Лечение</p> <p>2) Острая дистония. Лечение.</p> <p>3) Акатизия. Лечение</p> <p>4) Серотониновый синдром. Лечение.</p> <p>5) Злокачественный нейролептический синдром. Лечение</p>	
2.	ПК-2	Тема 1. Неотложные состояния в психиатрии, требующие активного врачебного вмешательства.	<p>клиническую картину и синдромологию следующих психических расстройств:</p> <p>А) неотложные состояния, развивающиеся в рамках течения собственно психических заболеваний</p> <p>Б) неотложные состояния, развивающиеся как осложнения (нежелательные явления) при плановом применении психотропных препаратов в психиатрической и соматической практике</p> <p>В) неотложные состояния, развивающиеся в рамках алкоголизма, наркоманий и токсикоманий</p> <p>Г) неотложные соматические состояния, протекающие с присоединением</p>	<p>собрать анамнез заболевания, провести физикальное обследование пациента, направить на лабораторно-инструментальное обследование, на консультации к специалистам; интерпретировать результаты осмотра, методов инструментальной и лабораторной диагностики психических заболеваний; своевременно диагностировать заболевание и/или неотложное состояние, назначить и провести комплекс лечебных мероприятий</p>	<p>методам и сбора анамнеза, клинического обследования пациента и алгоритмами дифференциальной диагностики при психических заболеваниях; умением анализировать данные клинического обследования, лабораторных и функциональных методов</p>

			выраженных психических расстройств		исследования; клинической терминологией и принципами формулировки предварительного и клинического диагноза; умением назначать и проводить лечебные мероприятия при психических заболеваниях
3.	ПК-5	<i>Тема 1. Неотложные состояния в психиатрии, требующие активного врачебного вмешательства</i> А) Неотложные состояния, развивающиеся в рамках течения	современную классификацию, клиническую симптоматику основных заболеваний; клиническую картину, особенности течения осложнений заболеваний; клиническую картину состояний, требующих неотложной помощи.	интерпретировать результаты объективного исследования; интерпретировать результаты осмотра пациента врачами-специалистами (общей практики и пр. специалистов)	ставить диагноз в соответствии с МКБ-10.

		<p>собствен но психичес ких заболева ний Б) Неотлож ные состояни я, развиваю щиеся как осложнен ия (нежелат ельные явления) при плановом примене нии психотро пных препарат ов в психиатр ической и соматиче ской практике В) Неотлож ные состояни я, развиваю щиеся в рамках алкоголи зма, наркоман ий и токсиком аний Г) Неотлож ные соматиче ские</p>			
--	--	--	--	--	--

		состояния, протекающие с присоединением выраженных психических расстройств			
4.	ПК-6	<p>Тема 1. Неотложные состояния в психиатрии, требующие активного вмешательства.</p> <p>А) Неотложные состояния, развивающиеся в рамках течения собственно психических заболеваний</p> <p>Б) Неотложные состояния, развивающиеся как осложнения</p>	<p>клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении основных патологических синдромов</p>	<p>сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом объективного исследования, обосновать фармакотерапию у конкретного больного при основных патологических синдромах, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения</p>	<p>основными врачебными диагностическими и лечебными мероприятиями по оказанию психиатрической помощи</p>

		<p>(нежелательные явления) при плановом применении психотропных препаратов в психиатрической и соматической практике</p> <p>В) Неотложные состояния, развивающиеся в рамках алкоголизма, наркоманий и токсикоманий</p> <p>Г) Неотложные соматические состояния, протекающие с присоединением выраженных психических расстройств</p>			
		<p>Тема 2. Врачебные манипул</p>	<p>клинические проявления следующих состояний: Психомоторное</p>	<p>сформулировать показания к избранному методу лечения с</p>	<p>основными врачебными</p>

		<p>яции при психических расстройствах, требующих активной терапии</p>	<p>возбуждение. Суицидальное и аутоагрессивное поведение. Судорожные припадки и эпилептический статус Неалкогольный (соматогенный) делирий. Алкогольный делирий. Синдромы выключения сознания. Отказ от еды в связи с психическими расстройствами. Панические атаки и вегетативные кризы. Острые осложнения при применении психотропных средств.</p> <p>клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении основных патологических синдромов</p>	<p>учетом объективного исследования, обосновать фармакотерапию у конкретного больного при основных патологических синдромах, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения;</p> <p>уметь проводить следующие манипуляции: Психомоторное возбуждение. Мероприятия: 1) Физическое удержание 2) Применение лекарственных препаратов для купирования возбуждения. Суицидальное и аутоагрессивное поведение. Тактика ведения пациента, совершившего суицидальную попытку. Судорожные припадки и эпилептический статус Мероприятия: 1) Во время припадка; 2) После припадка; 3) При</p>	<p>диагностическим и и лечебными мероприятиями по оказанию психиатрической помощи;</p> <p>проводит врачебные манипуляции при следующих состояниях: Психомоторное возбуждение. Суицидальное и аутоагрессивное поведение. Судорожные припадки и эпилептический статус Неалкогольный (соматогенный) делирий. Алкогольный делирий. Синдромы выключения</p>
--	--	--	--	--	--

				<p>эпилептическом статусе.</p> <p>Неалкогольный (соматогенный) делирий. Клиническая оценка и принципы лечения.</p> <p>Алкогольный делирий. Принципы лечения</p> <p>Синдромы выключения сознания. Клиническая оценка и принципы неотложной помощи.</p> <p>Отказ от еды в связи с психическими расстройствами . Клиническая оценка и мероприятия.</p> <p>Панические атаки и вегетативные кризы. Помощь во время приступа. Врачебные манипуляции при частых приступах.</p> <p>Острые осложнения при применении психотропных средств:</p> <p>1) Лекарственный делирий. Лечение</p> <p>2) Острая дистония. Лечение.</p> <p>3) Акатизия.</p>	<p>сознания .</p> <p>Отказ от еды в связи с психическими расстройствами. Панические атаки и вегетативные кризы. Острые осложнения при применении психотропных средств</p>
--	--	--	--	--	---

				<p>Лечение</p> <p>4) Серотониновый синдром. Лечение.</p> <p>5) Злокачественный нейролептический синдром. Лечение</p>	
5.	ПК-8	<p>Тема 2. Врачебные манипуляции при психических расстройствах, требующих активной терапии</p> <p>Суицидальное и аутоагрессивное поведение. Тактика ведения пациента, совершившего суицидальную попытку.</p> <p>Неалкогольный (соматогенный) делирий. Клиническая оценка и принципы лечения.</p> <p>Отказ от</p>	<p>основы профилактической медицины, организацию профилактических мероприятий, направленных на укрепление здоровья населения</p>	<p>пропагандировать здоровый образ жизни применительно к психическому здоровью, давать рекомендации по применению природных лечебных факторов и других немедикаментозных методов терапии психических расстройств</p>	<p>методам и лекарственных и нелекарственной реабилитации</p>

		<p>еды в связи с психическими расстройствами. Клиническая оценка и мероприятия. Панические атаки и вегетативные кризы. Помощь во время приступа . Врачебные манипуляции при частых приступах. Острые осложнения при применении психотропных средств: 1) Острая дистония . Лечение. 2) Акатизия . Лечение 3) Серотониновый синдром. Лечение.</p>			
УК-1	способность к критическому анализу и оценке	основные методы научно-исследовательской деятельности	выделять и систематизировать основные идеи в научных текстах;	навыками сбора, обработки, анализа и	

	современных научных достижений, генерированию новых идей при решении исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях		критически оценивать любую поступающую информацию, вне зависимости от источника	систематизации информации, касающейся знаний по специальности
--	---	--	---	---

- Место дисциплины в структуре образовательной программы**

Дисциплина «**Врачебные манипуляции в психиатрии**» включена в вариативную часть Блока 1 программы в качестве специальной дисциплины и изучается на 2-м году обучения в ординатуре.

- Объем дисциплины**

№ № п/п	Вид работы	Всего зачетных единиц	Всего часов	Год обучения	
				1-й	2-й
				часов	часов
1	2	3	4	5	6
1	Контактная работа обучающихся с преподавателем (всего), в том числе:	1,4	50	-	50
2	Лекции (Л)		4	-	4
3	Клинические практические занятия (ПЗ)		46	-	46
6	Самостоятельная работа обучающегося (СР)	0,6	22	-	22
7	Вид промежуточной аттестации	зачет (З)			+
		экзамен (Э)			
8	ИТОГО: Общая трудоемкость	часов	72		72
		ЗЕ	2		2

- Содержание дисциплины «Врачебные манипуляции в психиатрии» (2-й год обучения)**

(формы контроля – УО (устный опрос), ТЗ (тестовые задания), СЗ (ситуационные задачи))

Год обучения	Наименование темы дисциплины	Всего часов	Из них контактных	Лекции	Пр. занятия	СР ординатора	Форма контроля
2	Врачебные манипуляции в психиатрии	72	50	4	46	22	
2	<i>Тема 1. Неотложные состояния в психиатрии, требующие активного врачебного вмешательства</i>	36	24	2	22	12	УО ТЗ СЗ
2	<i>Тема 2. Врачебные манипуляции при психических расстройствах, требующих активной терапии</i>	36	26	2	24	10	УО ТЗ СЗ
ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ						Зачет	

СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ «Врачебные манипуляции в психиатрии»

Б1 В.02	<p><i>Тема 1. Неотложные состояния в психиатрии, требующие активного врачебного вмешательства.</i></p> <p>А) Неотложные состояния, развивающиеся в рамках течения собственно психических заболеваний</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Психомоторное возбуждение</i> <p>Основные виды:</p>
----------------	--

Галлюцинаторное – вызвано галлюцинаторными переживаниями угрожающего или пугающего характера и вытекает из содержания галлюцинаций.

Дисфорическое – злобно-госкливый аффект при эпилепсии и органических заболеваниях головного мозга

Тревожное – при ажитированной депрессии, при бреде

Депрессивное («депрессивный раптус») – внезапное возбуждение с аутоагрессивными действиями при меланхолической депрессии

Маниакальное – в рамках маниакального синдрома

Аффективно-шоковое – в рамках реактивных гиперкинетических психозов в ответ на тяжелую острую психическую травму

Кататоническое и гебефреническое – при соответствующих формах шизофрении в рамках соответствующих синдромов.

Психомоторное возбуждение может сопровождать ряд тяжелых соматических состояний, которые нельзя однозначно отнести к вышеперечисленным видам возбуждения:

- Гипертонический криз
- Небольшие ишемические инсульты лобной локализации (часто протекают без параличей, что затрудняет диагностику)
- Заболевания, сопровождающиеся острой дыхательной недостаточностью I-II степени (начальные стадии гипоксии ЦНС)
- Заболевания и травмы, сопровождающиеся выраженным болевым синдромом
- Острый инфаркт миокарда
- Некоторые инфекционные заболевания (бешенство, столбняк и др.)
- Некоторые отравления (психостимуляторы)
- ***Суицидальное и аутоагрессивное поведение***

В подавляющем большинстве случаев обусловлено депрессивными переживаниями различной природы (реактивными, эндогенными и др.). Наиболее высокий риск суицида отмечается при меланхолических и ажитированных депрессиях. Суицидальные действия при депрессии указывают на её тяжесть (среднетяжелая или тяжелая (психотическая)).

Реже суицидальное поведение может быть связано с бредовыми переживаниями или слуховыми галлюцинациями, особенно императивными. Так же оно может наблюдаться при психопатиях возбудимого круга на фоне декомпенсации состояния или у практически здоровых лиц в ответ на тяжелые психотравмирующие обстоятельства.

В группе риска по суицидальному и аутоагрессивному поведению пациенты с алкогольной и наркотической зависимостью, пациенты в абстинентном состоянии - это связано с депрессивной окраской синдрома отмены, выраженными колебаниями настроения и тягостными переживаниями в абстиненции.

Возможно несколько вариантов развития аутоагрессивного поведения в условиях соматического стационара:

- Незавершенная суицидальная попытка может привести больного в соматический стационар (хирургия, травматология, токсикология) – в этом случае в стационаре высока вероятность повторной попытки.

- Возможно совершение первой суицидной попытки в стационаре, особенно при ухудшении соматического состояния или если больной узнает о наличии у себя тяжелого заболевания (злокачественное новообразование, ВИЧ-инфекция и др.).

- Судорожные припадки и эпилептический статус

Судорожные припадки могут возникать при эпилепсии или носить симптоматический характер (на фоне абстинентного синдрома, интоксикаций, высокой лихорадки, черепно-мозговой травмы и др.). Развитие припадка может быть спровоцировано введением некоторых лекарственных препаратов, понижающих порог судорожной готовности.

Серия припадков – несколько припадков за короткий промежуток времени, разделенных периодами восстановления сознания.

Эпилептический статус – повторяющиеся генерализованные судорожные припадки, между которыми сознание больного полностью не восстанавливается. Причины развития эпилептического статуса:

1) Истинный эпилептический статус – наблюдается при эпилепсии:

- при нарушении регулярности приема антиконвульсантов или их отмене,
- при приеме лекарственных средств, снижающих порог судорожной готовности
- при присоединении соматических заболеваний (особенно острые инфекционные заболевания с выраженной лихорадкой и интоксикацией)
- при употреблении алкоголя и наркотиков больными эпилепсией

2) Симптоматический эпилептический статус – при различных заболеваниях:

- при черепно-мозговой травме (ушиб головного мозга)
- при опухолях и других объемных образованиях головного мозга
- при нейроинфекциях (менингиты и энцефалиты)
- при острых нарушениях мозгового кровообращения
- при метаболических расстройствах (почечная и печеночная недостаточность, гипогликемия, осложнения сахарного диабета, эклампсия и др.)
- при отравлениях (как лекарственных, так и нелекарственных)
- при синдромах отмены психоактивных веществ (абстинентных синдромах) – особенно синдром отмены транквилизаторов и снотворных средств, синдром отмены алкоголя
- при тяжелых инфекционных заболеваниях, протекающих с высокой лихорадкой и выраженной интоксикацией

- Аментивный синдром
- Синдромы выключения сознания
- Отказ от еды в связи с психическими расстройствами

Основные причины:

- Дисморфомания и дисморфофобия (особенно у молодых девушек)
- Тяжелая или среднетяжелая депрессия
- Бред отравления, обонятельные и вкусовые галлюцинации
- Относительные причины:
 - беспомощность больного при слабоумии и отсутствии надлежащего ухода – невозможность приобрести и приготовить пищу;
 - беспомощность при кататоническом ступоре

Признаки отказа от еды:

- Характерное поведение больного - при депрессии, бреде отравления, обонятельных и вкусовых галлюцинациях – такие

больные редко диссимилируют отказ от пищи

- Прогрессирующее снижение массы тела, исчезновение menses у молодых девушек при отсутствии тяжелого соматического заболевания – важный, часто единственный признак для больных с дисморфоманией – они всегда диссимилируют отказ от еды.
- Снижение массы тела и появление признаков истощения у одиноких пожилых больных

Важные особенности:

- Нарастающее снижение массы тела с развитием истощения должно вызывать у врача онкологическую настороженность, настороженность в отношении депрессии и деменции (особенно у пациентов пожилого и среднего возраста), а также настороженность в отношении дисморфомании (молодые пациенты, чаще женщины)
- Истощенные больные с дисморфоманией часто сохраняют достаточно высокий уровень активности (ходят на работу и учёбу) и погибают внезапно на фоне нарушений ритма сердца (электролитные расстройства и дистрофические изменения в миокарде усугубляются постоянным приёмом больными слабительных и мочегонных с целью похудения)

- Панические атаки и вегетативные кризы

Представляют собой сборную группу остро возникающих полиморфных приступов тревоги и страха с выраженными соматовегетативными проявлениями. Встречаются в клинической картин многих т.н. «пограничных» (непсихотических) психических расстройств (неврозов, соматоформных расстройств и др.), часто сопровождают хронические формы астенического синдрома различной природы.

Основные клинические проявления:

- приступообразно возникающая тревога (неспецифическое состояние, не имеет чёткого, конкретного содержания).

- страх (имеет чёткое, конкретное содержание; например – страх умереть от «сердечного приступа» в метро).

- вегетативные проявления тревоги и страха (чрезвычайно разнообразные симптомы – зависят от особенностей вегетативной нервной системы пациента) – чаще всего встречаются: тахикардия, гипергидроз, ощущение затруднения дыхания, сухость во рту, абдоминальный дискомфорт, головокружение, дрожание рук.

- приступы полиморфны (отсутствует стереотипность), имеют разную длительность и обычно связаны с состоянием эмоционального напряжения, хотя могут возникать и на фоне полного благополучия.

- Следует дифференцировать с вегетативно-висцеральными парциальными припадками при эпилепсии, пароксизмами аритмий, гипогликемическими состояниями, интоксикационными расстройствами, проявлениями абстинентного синдрома, приступами феохромоцитомы и др.
- В отличие от многих неотложных состояний панические атаки не несут угрозы для жизни больного, но являются крайне тягостными для пациента, требуют исключения действительно опасных острых соматических состояний и поэтому требуют неотложной помощи.

- Раптус меланхоликус

Б) Неотложные состояния, развивающиеся как осложнения (нежелательные явления) при плановом применении психотропных препаратов в психиатрической и соматической практике

- Дисфорическое состояние («аминозиновая депрессия»)
- Судорожные припадки и эпилептический статус
- Синдромы оглушенного сознания на фоне психомоторной заторможенности
- Отравления психотропными препаратами
- Могут носить преднамеренный (суицид, наркомании) или случайный характер (в т.ч. у пожилых людей и детей).
- Часто встречаются при наркоманиях, политоксикоманиях и алкоголизме, когда больные комбинируют высокие дозы психотропных средств с целью вызывания опьянения или облегчения явлений абстиненции.
- Нередко встречаются среди пациентов с психическими расстройствами, которым психотропные препараты назначаются с лечебной целью.
- В последние годы в связи с широким назначением антидепрессантов отмечаются случаи отравления препаратами этой группы.

Клиническая картина отравления состоит из неспецифических и специфических симптомов:

- **основной неспецифический симптом** – нарастающая утрата сознания (от оглушения до глубокой комы).

- **специфические симптомы** зависят от особенностей фармакодинамического действия (угнетение дыхания барбитуратами, артериальная гипотензия при альфа-адренолитическом действии препаратов, антихолинергический синдром и делирий при М-холинолитическом действии, серотониновый синдром при отравлении серотонинергическими антидепрессантами, аритмогенные эффекты при хинидиноподобном действии трициклических антидепрессантов и др.).

- Причиной отравлений может быть применение недопустимых комбинаций различных лекарственных препаратов по вине врача. Перед назначением любого нового лекарственного препарата врач обязан собрать у пациента подробный лекарственный анамнез и убедиться в безопасности назначения нового препарата.

Детально вопросы лечения отравлений излагаются в курсе токсикологии и в информации для специалистов по конкретным лекарственным препаратам (в инструкции всегда отражена клиническая картина передозировки и ее лечение).

Клиническая картина наиболее частых отравлений психотропными препаратами:

- **Амитриптилин и другие трициклические антидепрессанты** – кома или делирий, выраженный М-холинолитический синдром, артериальная гипотензия, нарушения ритма сердца, высокий риск желудочковой тахикардии и фибрилляции – отравления отличаются высокой летальностью из-за нарушений сердечного ритма - специфический антидот отсутствует, лечение симптоматическое, диализ неэффективен.
- **Аминазин и сходные препараты** (тизерцин, хлорпротиксен) –

угнетение сознания, выраженная артериальная гипотензия, холинолитический синдром - специфический антидот отсутствует, лечение симптоматическое, диализ неэффективен.

- **Тиоридазин** – угнетение сознания, высокий риск желудочковых аритмий и внезапной смерти - специфический антидот отсутствует, лечение симптоматическое.
- **Феназепам и другие бензодиазепиновые транквилизаторы** (диазепам, нитразепам и др.) – нарастающее угнетение сознания. При высоких дозах и при комбинации с алкоголем – угнетение дыхания. Специфический антидот – флумазенил, при нарушениях дыхания – перевод на ИВЛ, диализ малоэффективен.
- **Барбитураты** (фенобарбитал, комбинированные барбитуратсодержащие препараты, бензонал и др.) – кома и угнетение дыхания – антидота нет, показан перевод на ИВЛ до восстановления спонтанного дыхания и форсированный диурез с ошелачиванием плазмы.
- **Галоперидол и сходные препараты** (клопиксол, трифтазин) – психомоторное возбуждение, повышение мышечного тонуса, острая дистония, судорожные припадки – антидот отсутствует, диализ неэффективен, лечение симптоматическое.
- **Антидепрессанты группы СИОЗС** (флуоксетин, сертралин, пароксетин и др.) – психомоторное возбуждение, судороги, рвота - антидот отсутствует, диализ неэффективен, лечение симптоматическое
- **Карбамазепин** – нарастающее угнетение сознания или делирий – специфический антидот отсутствует, лечение симптоматическое, диализ неэффективен.

Нередко отмечаются опасные комбинации антидепрессантов, нейролептиков и антиконвульсантов с другими лекарственными средствами (это связано с особенностями фармакодинамики и фармакокинетики этих психотропных препаратов).

В данном списке указаны наиболее частые опасные и нежелательные комбинации психотропных препаратов с соматотропными средствами и между собой (следует детально проверять для каждого лекарственного препарата в отдельности):

- Гипотензивные средства и нейролептики/ антидепрессанты/ антиконвульсанты
- Антиаритмические препараты и нейролептики/ антидепрессанты/ антиконвульсанты
- Антигистаминные средства и нейролептики\ антидепрессанты\ антиконвульсанты
- Средства для наркоза (общие анестетики, миорелаксанты) и нейролептики\ антидепрессанты\ антиконвульсанты
- Антидепрессанты\ нейролептики и адrenomиметики (включая средства для симптоматического лечения ОРВИ и средства для лечения бронхиальной астмы)
- Антидепрессанты\ нейролептики и симпатомиметики (включая средства для симптоматического лечения ОРВИ и средства для лечения бронхиальной астмы)
- Антидепрессанты и наркотические анальгетики
- Антибиотики (антибактериальные химиопрепараты) и нейролептики\ антидепрессанты\ антиконвульсанты

- Протигрибковые химиопрепараты и нейрелептики\антидепрессанты\антиконвульсанты
- Противовирусные препараты и нейрелептики\антидепрессанты\антиконвульсанты
- Противоопухолевые препараты и нейрелептики\антидепрессанты\антиконвульсанты
- Бензодиазепины и клозапин
- Ингибиторы МАО (пиразидол, моклобемид и др.) и антидепрессанты других групп

- Острые осложнения при применении психотропных препаратов

В отличие от отравлений ПАВ указанные реакции возникают при применении терапевтических доз препаратов (в том числе и по правильным показаниям). Эти острые осложнения имеют типичную клиническую картину и требуют неотложной помощи. К ним относятся – лекарственный делирий и антихолинергический синдром, острая дистония, акатизия, злокачественный нейрелептический синдром и серотониновый синдром.

В) Неотложные состояния, развивающиеся в рамках алкоголизма, наркоманий и токсикоманий

- Суицидальное и аутоагрессивное поведение
- Судорожные припадки и эпилептический статус
- Аментивный синдром
- Алкогольный делирий (осложненный и не осложненный)
- Острая алкогольная энцефалопатия Гайе-Вернике
- Синдромы выключения сознания
- Тяжелое (глубокое) алкогольное опьянение
- Передозировка опиатов или опиоидов
- Основные виды абстинентных синдромов

Г) Неотложные соматические состояния, протекающие с присоединением выраженных психических расстройств

- Психомоторное возбуждение
- Судорожные припадки и эпилептический статус
- Неалкогольный (соматогенный) делирий

Делирий, развивающийся вторично по отношению к острому соматическому заболеванию или обострению хронического соматического заболевания

- Делирий – один из вариантов универсального (неспецифического) ответа мозга на действие различных повреждающих факторов.
- Соматическое заболевание, приводящее к делирию, обычно бывает тяжелым или среднетяжелым.
- Соматогенному делирию не предшествует алкоголизация, употребление наркотиков или абстинентный синдром.
- Чаще возникает у пожилых больных и пациентов с исходным органическим поражением головного мозга (сосудистого, травматического, воспалительного, токсического генеза и др.).
- Развивается более чем у четверти пациентов, госпитализированных в реанимационные отделения и отделения интенсивной терапии по различным причинам.

	<ul style="list-style-type: none"> • Часто развивается в послеоперационном периоде после полостных операций, особенно у пожилых и соматически ослабленных больных. • Соматогенный делирий обычно бывает связан с интоксикацией, высокой лихорадкой, ухудшением показателей системной гемодинамики, дыхательной недостаточностью и др. • Развитие делирия указывает на неблагоприятное течение соматического заболевания и высокий риск неблагоприятного исхода (переход в оглушение, сопор и кому). • Значительную роль в развитии делирия может сыграть неосторожное применение многих лекарственных препаратов, особенно препаратов с холинолитическими свойствами (димедрол, атропин, платифиллин, тиоридазин, аминазин и др.). Нередко причиной соматогенного делирия является неоправданная полипрагмазия. <p>При отсутствии лечения соматогенный делирий может приобрести черты профессионального или мусситирующего делирия с дальнейшим переходом в аменцию или синдромы выключения сознания.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Аментивный синдром • Синдромы выключения сознания
	<p><i>Тема 2. Врачебные манипуляции при психических расстройствах, требующих активной терапии</i></p> <p>Психомоторное возбуждение. Мероприятия:</p> <p>1) Физическое удержание больного – проводится силами медицинского персонала максимально бережно, для чего привлекается необходимое количество медицинских работников. Категорически недопустимо связывание больного и применение любых травмирующих методов фиксации. Допустимо осторожное удержание за конечности, прижатие за плечи к кровати или полу, мягкая фиксация туловища и конечностей с помощью простыни или одеяла. Врач обязан находиться с больным все время удержания и контролировать отсутствие осложнений (сдавление сосудов и нервов, вывихи, затруднение дыхания из-за нарушения экскурсии грудной клетки др.).</p> <p>2) Применение лекарственных препаратов для купирования возбуждения. К препаратам выбора относятся бензодиазепиновые транквилизаторы. В нашей стране в настоящее время два транквилизатора доступны в инъекционной форме – диазепам и феназепам: а) S.Diazepam 0.5% - 2.0–6.0 внутримышечно или б) S.Phenazepam 0.1% - 2.0-4.0 внутримышечно</p> <p>Доза определяется состоянием пациента. Эффект после внутримышечной инъекции развивается через 10-30 минут. Перед применением транквилизаторов врач обязан исключить состояния, при которых транквилизаторы противопоказаны. Внутривенное введение транквилизаторов не разрешается из-за риска нанесения травмы возбужденному больному и высокого риска остановки дыхания.</p> <p>При развитии психомоторного возбуждения у пациента, страдающего серьезным соматическим заболеванием, к применению транквилизаторов следует относиться осторожно. Высокие дозы препаратов нередко приводят к развитию глубокого выключения сознания, что может</p>

способствовать утяжелению соматического состояния больного и, безусловно, затруднит последующие диагностические и лечебные манипуляции. В связи с этим предпочтительно введение небольших доз транквилизаторов, которое, при необходимости, всегда можно повторить. Транквилизаторы предпочтительны при всех видах психомоторного возбуждения как в рамках собственно психических расстройств, так и при соматических заболеваниях. Применение нейролептиков для купирования психомоторного возбуждения в соматической практике необоснованно из-за высокого риска тяжелых побочных эффектов. Нейролептики значительно уступают транквилизаторам в отношении безопасности и их использование для врачей непсихиатрических специальностей не рекомендуется.

Суицидальное и аутоагрессивное поведение.

Все пациенты, госпитализированные после суицидной попытки, после оказания им неотложной помощи должны быть осмотрены психиатром для установления диагноза и определения тактики лечения. В ходе соматического обследования следует обращать внимание на следы совершенных в прошлом суицидных попыток (рубцы от самопорезов и др.). При выявлении у больного признаков психотического расстройства (бредовые идеи виновности, ипохондрический бред, стойкие суицидные намерения, галлюцинации и др.) следует **обеспечить постоянное наблюдение за больным** (отдельная палата или изолятор с постом медсестры на первом этаже стационара), **забрать у пациента возможные орудия совершения суицида** (упаковки лекарств, колюще-режущие предметы, стеклянную посуду). Психофармакологическое лечение следует назначать в соответствии с нозологией, вызвавшей суицидальное поведение.

Судорожные припадки и эпилептический статус

Мероприятия: 1) Во время припадка:

- по возможности предупредить падение больного т.к. падение нередко приводит к более тяжелым последствиям чем собственно сам припадок
- необходимо уложить (повернуть) больного на бок и подложить что-нибудь мягкое под голову (одежда, сумка, подушка, одеяло и др.), удерживать голову аккуратно, без применения большой силы
- нельзя с силой удерживать конечности – может произойти вывих или повреждение связок
- нельзя вставлять твердые предметы и инструменты между зубами (во избежание травмы), допустимо при наличии возможности вложить полотенце или подобный мягкий предмет
- во время припадка препараты не вводят

2) После припадка:

- Проверить проходимость дыхательных путей, при необходимости остановить кровотечение из языка путем прижатия (больной находится в состоянии оглушения или в сопоре, что позволяет вытянуть язык и прижать края раны салфеткой или полотенцем).
- Проверить пульс, АД, ЧДД, выявить очаговые и менингеальные симптомы
- Оценить травмы, полученные во время припадка (особенно травмы головы)
- При повторных припадках, между припадками ввести в\м S.Diazepam

0.5%-4.0 или S.Phenazepam 0.1%-3.0 и р-р сульфата магния (магnezия) 25%-5.0 в\м (внутривенное введение транквилизаторов допустимо только при возможности проведения ИВЛ в связи с высоким риском остановки дыхания).

В случае единичного припадка назначение любых антиконвульсантов до установления диагноза нецелесообразно. При развитии повторного припадка показано применение бензодиазепинов парентерально после завершения припадка.

В случае развития эпилептического статуса показана госпитализация в отделение реанимации или нейрохирургическое отделение.

При развитии эпилептического статуса применяется следующая этапная последовательность лечебных мероприятий:

1) Обеспечить проходимость дыхательных путей - очистить ротовую полость, устранить западение языка, удалить съемные зубные протезы, установить мягкий резиновый воздуховод, в дальнейшем при необходимости (неадекватная вентиляция) может быть проведена интубация трахеи - предпочтительна назотрахеальная интубация. При наличии возможности – проведение оксигенотерапии.

2) Обеспечить венозный доступ (предпочтительна установка периферического или центрального венозного катетера) для постоянной инфузионной терапии.

3) Внутривенное введение диазепамов:

- болюсное (медленное струйное) введение S.Diazepam 0.5% - 4.0

- при отсутствии эффекта через 5-10 минут повторить болюсное введение диазепамов в такой же дозе

- наладить внутривенное капельное введение диазепамов со скоростью 0.1-0.2 мг\кг\час для поддержания противосудорожного эффекта

4) Внутривенное введение вальпроатов:

Препараты данной группы имеют преимущество перед диазепамом и другими бензодиазепинами – они не угнетают дыхание и не вызывают выраженной седации (не усугубляют угнетение сознания). Поэтому могут, наряду с диазепамом, применяться в качестве препаратов первой очереди. В настоящее время два препарата данной группы доступны в инъекционной форме – «Депакин» и «Конвулекс».

- «Депакин» (флаконы по 400 мг) – болюсное (медленное струйное) введение в дозе 400 мг с возможным повторным введением в течение суток или налаживанием в\в инфузии со скоростью 1 мг\кг\час

- «Конвулекс» (раствор 100 мг\мл) – болюсное (медленное струйное) введение 5-10 мг\кг с возможным повторным введением в течение суток или налаживанием в\в инфузии со скоростью 1 мг\кг\час

5) При дальнейшем отсутствии эффекта – болюсное (медленное струйное) введение тиопентала натрия в дозе 100-300 мг с дальнейшим переходом на внутривенное капельное (или дробное струйное) введение в дозе 3-5 мг\кг\ч. При введении барбитуратов обычно требуется вспомогательная вентиляция легких или ИВЛ.

5) При дальнейшем отсутствии эффекта – общий наркоз, миорелаксанты, ИВЛ.

6) Интенсивная терапия в полном объеме (поддержание гемодинамики, контроль газового состава крови, коррекция кислотно-щелочного состояния и электролитов крови, борьба с отеком мозга, антигипоксанты, нейропротекторы и др.) – проводится в отделении реанимации.

Неалкогольный (соматогенный) делирий. Развитие соматогенного делирия всегда указывает на ухудшение (утяжеление) состояния больного и неблагоприятное течение основного заболевания, поэтому требует неотложной помощи.

Принципы лечения:

1) Тщательное обследование для выявления нераспознанных сопутствующих состояний, которые могли привести к нарастающему ухудшению состояния и развитию делирия. Обследование проводится параллельно с лечебными мероприятиями. Лечение должно быть начато незамедлительно.

2) Тщательная динамическая оценка состояния больного (включая контроль основных физиологических функций и ключевых лабораторных показателей).

3) Интенсивная терапия основного заболевания (включая поддержание гемодинамики, контроль газового состава крови, коррекция кислотно-щелочного состояния и электролитов крови, адекватная инфузионная терапия и др.).

4) Дезинтоксикационная терапия по показаниям, включая методы экстракорпоральной детоксикации при необходимости.

5) Применение витаминов, антигипоксантов, ноотропов и нейротропиков (витамины гр. «В» (в первую очередь тиамин), пирацетам, мафусол, глиатилин, милдронат и др.).

7) При необходимости (купирование психомоторного возбуждения, коррекция диссомнических расстройств) – применение транквилизаторов в\м в небольших дозах (S.Diazepam 0.5% - 2.0 или S.Phenazepam 0.1% - 1.0-2.0). В случае необходимости возможно повторное введение транквилизаторов в тех же дозах до достижения необходимого эффекта, но не ранее чем через час после первого введения. При возможности предпочтительно применение оксibuтирата натрия, обладающего антигипоксическими свойствами и непродолжительным эффектом, что позволяет лучше отслеживать состояние больного и снижает вероятность избыточной дозировки. Оксibuтират натрия применяется в\в струйно дробно или в виде медленной в\в инфузии на физиологическом растворе (в условиях реанимационного отделения).

Из нейролептических препаратов возможно применение тиаприда (таблетки и раствор в\м) – 100-400 мг в сутки.

Алкогольный делирий.

Принципы лечения: Диагностические и лечебные манипуляции проводятся параллельно.

1) Тщательное обследование для выявления нераспознанных сопутствующих состояний (особенно: ЧМТ, пневмония, острая патология ЖКТ, отравления лекарственными препаратами и некоторыми токсическими веществами), которые могли спровоцировать делирий и могут привести к неблагоприятному исходу при отсутствии специфической терапии.

2) Тщательная динамическая оценка состояния больного (включая контроль основных физиологических функций и ключевых лабораторных показателей).

3) Дезинтоксикационная терапия (начинается сразу после оценки

состояния больного и проведения физикального обследования)

- применяются кристаллоидные растворы – в первую очередь – физиологический раствор (не менее $\frac{2}{3}$ всего объема инфузии) с электролитами (хлорид калия 4% - 10-20 мл и сульфат магния 25% - 5-10 мл; или аспаркам (панангин) – 10 мл). Возможно применение других кристаллоидных растворов – раствор «Рингера» и др.

- объем инфузии определяется строго по состоянию пациента

- при дегидратации (встречается чаще, особенно если отмечается рвота, диарея, гипергидроз) может потребоваться 1.5-2 л жидкости в сутки (лучше в два приема) без последующего применения фуросемида при нормальном диурезе. Неоправданное применение больших доз петлевых диуретиков – частая причина осложнений и утяжеления состояния больного, так как фуросемид мало влияет на развитие отёка мозга, однако выводит электролиты и воду больше, чем мы вводим в процессе лечения. Дробное введение жидкости позволяет избежать гипергидратации в процессе инфузионной терапии без применения диуретиков.

- при гипергидратации (бывает реже, при нарушении функции почек, сопровождается отеками) объем инфузии небольшой (до 1 л/сут) с последующим обязательным применением фуросемида 2.0-4.0 в\в;

- во всех случаях необходимо контролировать состояние пациента в процессе инфузии, а при возможности лучше проверять адекватность введения растворов по лабораторным показателям (электролиты и гематокрит)

- раствор глюкозы 5% - только после применения физ.р-ра, не более $\frac{1}{3}$ объема инфузии

- введение раствора глюкозы обязательно должно сопровождаться применением тиамин (витамина «В1») в\м или в\в для профилактики утяжеления делирия и развития энцефалопатии Гайе-Вернике (!!!)

- при классическом (типичном) алкогольном делирии методы экстракорпоральной детоксикации обычно не применяются в связи с тем, что их использование технически сложно, сопровождается риском осложнений и в этом случае не оправдано, так как не дает значимых преимуществ перед обычной терапией

- гемодез не применяется

- применяются тиоловые препараты (тиосульфат натрия 30% - 10.0 в\в струйно) – они обладают дезинтоксикационным действием.

4) Применение витаминов

- строго обязательно введение тиамин («В1») в начале лечения – предпочтительно 2.0-4.0 в\м (если вводится внутривенно – то только струйно, отдельно с другими препаратами; в «капельницу» добавлять нельзя) с дальнейшим введением в течение недели ежедневно в дозе 2.0 в\м

- пиридоксин («В6») 2.0 – 4.0 в\м – отдельно с «В1», не ранее чем через несколько часов после «В1», с дальнейшим введением в течение недели ежедневно в дозе 2.0 в\м (удобно чередовать введение витаминов - «В1»- утром, «В6» – вечером)

- аскорбиновая кислота («С») – внутривенно струйно в процессе инфузии или в\м – 2.0-4.0

5) Применение бензодиазепиновых транквилизаторов\м (предпочтительно перед началом инфузии для седации больного т.к. дезинтоксикационная терапия на начальном этапе часто ведет к усилению тревоги и психомоторного возбуждения)

- в отличие от соматогенного делирия требуются большие дозы транквилизаторов, что связано с ускоренным их метаболизмом у больных алкоголизмом
- S.Phenazepam 0.1% - 3.0-4.0 в\м – при необходимости возможно повторное введение (не более 10 мл\сут)
- S.Diazepam 0.5% - 4.0-6.0 в\м – при необходимости возможно повторное введение (не более 12 мл\сут)
- применять транквилизаторы в высоких дозах можно только убедившись в отсутствии тяжелой сопутствующей соматической патологии, при которой введение транквилизаторов может привести к ухудшению состояния
- транквилизаторы применяются для лечения делирия, а не для медикаментозного связывания больного
- транквилизаторы применяются до выхода из делирия и в дальнейшем отменяются в связи с риском развития лекарственной зависимости и замедления восстановления функций нервной системы после выхода из делирия
- для дополнительной седации можно применять фенибут (1-2 таблетки утром и днем, 2-3 таблетки на ночь) и тиаприд (100-800 мг внутрь или 200-600 мг в\м).

6) Применение ноотропов, антигипоксантов и нейропротекторов (см. соматогенный делирий)

7) При высоком артериальном давлении, тахикардии (симптоматическая артериальная гипертензия и тахикардия – практически постоянные спутники алкогольного делирия и алкогольного абстинентного синдрома, обусловлены гиперкатехоламинемией и симпатикотонией) – **применение** б-блокаторов – пропранолол (анаприлин) – 20-40 мг 2-3 раза в день или метопролол 25-50 мг 2 раза в день, возможно дополнительное **применение** сульфата магния 25% (магнезии) -5.0 в\м 1-2 раза в день.

Синдромы выключения сознания. Принципы неотложной помощи:

1) Оценить состояние больного – кожные покровы, пульс, спонтанное дыхание, АД, внешние признаки повреждений и травм, следы инъекций (подкожные – сахарный диабет, внутривенные – наркомании), грубые очаговые и менингеальные симптомы, пальпация живота

2) При отсутствии пульса и\или спонтанного дыхания немедленно начать реанимационные мероприятия

3) Если пульс ритмичный и имеется спонтанное дыхание, но за время осмотра сознание не восстанавливается – ввести внутривенно последовательно 40 мл 40% р-ра глюкозы, затем 2 мл тиамина («В1»), затем 1 мл (400 мкг) налоксона (универсальный лечебно-диагностический приём – эффективен при гипогликемии, отравлении опиатами и алкоголем – это одни из наиболее частых причин выключения сознания, на другие причины выключения сознания не влияет, но и не ухудшит состояние);

4) Госпитализировать (перевести) пациента в реанимационное отделение

5) Провести полное физикальное, лабораторное и инструментальное обследование для поиска причины утраты сознания – его последовательность определяется состоянием пациента

6) Лечение основного заболевания

7) При затяжном выключении сознания – применение ноотропов, антигипоксантов и нейропротекторов, высокие дозы витаминов

парентерально («В1», «В6», «С»); борьба с отёком мозга (маннитол и дексаметазон);

Отказ от еды в связи с психическими расстройствами

Мероприятия:

1) При тяжелом истощении (особенно при развитии осложнений) – госпитализация в реанимационное отделение или ПСО, обследование и налаживание парентерального питания:

- Провести биохимический и клинический анализ крови (уровень глюкозы и электролитов, гематокрит, общий белок) – важно для адекватного лечения так как гипогликемия может сочетаться с гипергидратацией («голодные» отёки) или дегидратацией (приём мочегонных и слабительных с целью «похудания»). Так же возможны разнонаправленные сдвиги в электролитном обмене, что важно учитывать в процессе инфузионной терапии.
- При выраженной дегидратации – регидратация физиологическим р-ром (объем определяется состоянием)
- При выраженных «голодных» отёках – осторожное введение гипертонического р-ра глюкозы и р-ра альбумина
- Начинать лечение в большинстве случаев следует с введения 5% р-ра глюкозы с хлоридом калия или аспаркамом (панангином). Обязательно дополнить введением тиамина («В1») и аскорбиновой к-ты («С»).
- После нормализации уровня глюкозы крови можно продолжать введение глюкозы с небольшими дозами инсулина короткого действия (8 ЕД на 400 мл 5% р-ра глюкозы) – для повышения «усвоения» глюкозы
- Далее к лечению можно подключить аминокислотные («аминоплазмаль», «инфузамин» и др.) и липидные («липофундин» и др.) препараты, а при согласии больного – осторожно начать энтеральное питание в минимальном объеме
- Психотропные препараты не применяются до консультации психиатра (исключение – психомоторное возбуждение - см. выше)
- За пациентом следует обеспечить постоянное наблюдение в связи с высоким риском самовольного прекращения введения лекарственных средств

2) После стабилизации соматического состояния – обязательный перевод (при необходимости – в недобровольном порядке в соответствии с Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», ст. №29, пункты «а» и «в») в психиатрический стационар для продолжения лечения.

Панические атаки и вегетативные кризы. Помощь во время приступа:

- Усадить больного
- Проверить пульс (для исключения пароксизма аритмии)
- Постараться успокоить пациента
- Предложить дышать в более спокойном ритме, можно предложить дышать в бумажный или полиэтиленовый пакет (в патогенезе панической атаки большая роль принадлежит гипервентиляции и гипокапнии с последующим спазмом артерий головного мозга и развитием

обморочного состояния).

- Во время приступа применение лекарственных препаратов нецелесообразно так как к моменту начала их действия приступ уже заканчивается самопроизвольно (возможно применение плацебо – «валидола»).

- При частых приступах, выраженном страхе повторения атаки в межприступный период целесообразно назначение транквилизаторов на короткий срок (не более недели) в небольших дозах (феназепам 0.5 мг утром и днём, 1 мг на ночь или диазепам 5 мг утром и днём, 10 мг на ночь).
- Возможно назначение серотонинергических антидепрессантов с седативным или сбалансированным эффектом.

Острые осложнения при применении психотропных средств

1) Лекарственный делирий – возникает при приёме препаратов с холинолитическим действием (амитриптилин, тиоридазин, димедрол, аминазин и др.), особенно у пожилых и соматически ослабленных больных (у них даже однократное назначение таких препаратов может спровоцировать делирий). Клиническая картина соответствует сочетанию делирия сантихолинергическим (М-холинолитическим) синдромом - сухость кожи и слизистых, жажда, нечеткость зрения, мидриаз, тахикардия, гипертермия, задержка мочи и стула, делирий со «спутанностью»;

Лечение: обязательная отмена препарата, симптоматическая терапия, лечение проводится в соматическом стационаре по принципам лечения соматогенного делирия (см. выше).

2) Острая дистония – возникает при приёме нейролептиков и метоклопрамида (в т.ч. часто при однократном их назначении) проявляется произвольными сокращениями различных групп мышц (наиболее часто – мышцы шеи и лица, мышцы грудной клетки), является крайне мучительным и иногда опасным симптомом (нарушения дыхания).

Лечение: лечение проводится в соматическом стационаре; диазепам 0.5% - 2.0 в\м или феназепам 0.1% - 2.0 мл в\м или димедрол 1% - 2.0 в\м – обычно симптомы проходят через 20-30 минут после введения транквилизаторов или димедрола, но может потребоваться повторное их назначение; отмена нейролептика до консультации психиатра.

3) Акатизия – возникает при приёме нейролептиков и метоклопрамида (в т.ч. при однократном назначении), проявляется мучительным чувством беспокойства в ногах с невозможностью находиться без движения (неусидчивость).

Лечение: диазепам 0.5% - 2.0 в\м или феназепам 0.1% - 2.0 мл в\м или димедрол 1% - 2.0 в\м, при умеренных симптомах возможно применение анаприлина (пропранолола) в таблетках в дозе 20 мг; отмена нейролептика до консультации психиатра.

4) Серотониновый синдром – острое жизнеугрожающее осложнение, развивающееся при приёме серотонинергических средств (наиболее часто - при приёме серотонинергических антидепрессантов) или их комбинации с другими лекарственными препаратами.

Клиническая картина: тревога, агитация, делирий, гиперрефлексия, гипергидроз, грубая атаксия, миоклонии, лихорадка, тошнота и рвота (должны присутствовать не менее четырех симптомов вместе после

	<p>назначения/изменения дозы серотонинергического лекарственного препарата). Степень выраженности симптомов может быть различной.</p> <p>Лечение: отмена всех принимаемых больным серотонинергических средств, госпитализация в реанимационное отделение; интенсивная симптоматическая и патогенетическая терапия (включая поддержание гемодинамики и газового состава крови, коррекцию кислотно-щелочного состояния и электролитов, дезинтоксикационную терапию). Диазепам для купирования психомоторного возбуждения.</p> <p>5) Злокачественный нейролептический синдром – острое жизнеугрожающее осложнение, может возникать при терапии нейролептиками и метоклопрамидом – редкое состояние с высокой летальностью.</p> <p>Клиническая картина: гипертермия, нарастающее угнетение сознания и мышечная ригидность – симптомы могут развиваться при однократном применении нейролептика (или метоклопрамида) или увеличении его дозы. Степень выраженности симптомов может быть различной.</p> <p>Лечение: немедленная отмена всех принимаемых больным лекарственных препаратов, госпитализация в реанимационное отделение. Показано осторожное охлаждение больного (холод на область крупных сосудов), интенсивная симптоматическая и патогенетическая терапия (дантролен или сульфат магния в\в как специфическое лечение; интенсивная инфузионная терапия, поддержание гемодинамики и газового состава крови, коррекция кислотно-щелочного состояния и электролитов, интенсивная дезинтоксикационная терапия (включая плазмаферез), диазепам для купирования гиперкинезов и судорожного синдрома при их возникновении).</p>
--	--

В результате изучения дисциплины «Врачебные манипуляции в психиатрии» ординатор должен:

- **ЗНАТЬ**
- клиническую картину и внешние проявления психических нарушений при состояниях, требующих активного врачебного вмешательства;

УМЕТЬ:

- обосновать проведение активного медицинского вмешательства

ВЛАДЕТЬ:

- методами клинического обследования пациента и алгоритмами синдромальной диагностики при заболеваниях соответственно профилю подготовки; клинической терминологией и принципами формулировки предварительного синдромального диагноза; умением назначать и проводить врачебные манипуляции в соответствии со специальностью.

- **Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине**

№ п/п	Год обучения	Наименование учебно-методической разработки
•	2-й	Букановская Т.И. Избранные лекции по психиатрии. - Владикавказ, «Иристон». - 2001. – 263 с.

	Букановская Т.И. Психопатологическая пропедевтика: Учебное пособие. Ростов-на-Дону: «Феникс», 2008. – 93 с.
	Букановская Т.И. Психопатологическая пропедевтика: методика диагностики психических расстройств. – 2-е изд., доп. и перераб. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 112 с.: ил.
	Сборник письменных (испытательных) заданий для самостоятельной работы – 200 с. (электронный вариант – на сайте)
	Комплект развернутых лекций по специальности (№ 50) – с указанием эл. ссылок (с использованием персонального компьютера куратора и связи по WhatsApp) /Букановская Т.И.

- **Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине**

№ /п	Перечень компетенций	Год обучения	Показатель (и) оценивания	Критерий(и) оценивания	Шкала оценивания	Наименование ФОС
1	2	3	4	5	6	7
1	ПК-1	2-й	см. стандарт оценки качества образования, утв. приказом ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России от 10.07.2018 г., № 264/о	см. стандарт оценки качества образования, утв. приказом ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России от 10.07.2018 г., № 264/о	см. стандарт оценки качества образования, утв. приказом ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России от 10.07.2018 г., № 264/о	Вопросы к зачету; Тестовые задания; Контрольные задачи
2	ПК-2	2-й	см. стандарт оценки качества образования, утв. приказом ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России от 10.07.2018 г., № 264/о	см. стандарт оценки качества образования, утв. приказом ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России от 10.07.2018 г., № 264/о	см. стандарт оценки качества образования, утв. приказом ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России от 10.07.2018 г., № 264/о	Вопросы к зачету; Тестовые задания; Контрольные задачи

					№ 264/о	
3	ПК-5	2-й	см. стандарт оценки качества образования, утв. приказом ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России от 10.07.2018 г., № 264/о	см. стандарт оценки качества образования, утв. приказом ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России от 10.07.2018 г., № 264/о	см. стандарт оценки качества образования, утв. приказом ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России от 10.07.2018 г., № 264/о	Вопросы к зачету; Тестовые задания; Контрольные задачи
4	ПК-6	2-й	см. стандарт оценки качества образования, утв. приказом ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России от 10.07.2018 г., № 264/о	см. стандарт оценки качества образования, утв. приказом ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России от 10.07.2018 г., № 264/о	см. стандарт оценки качества образования, утв. приказом ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России от 10.07.2018 г., № 264/о	Вопросы к зачету; Тестовые задания; Контрольные задачи
5	ПК-8	2-й	см. стандарт оценки качества образования, утв. приказом ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России от 10.07.2018 г., № 264/о	см. стандарт оценки качества образования, утв. приказом ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России от 10.07.2018 г., № 264/о	см. стандарт оценки качества образования, утв. приказом ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России от 10.07.2018 г., № 264/о	Вопросы к зачету; Тестовые задания; Контрольные задачи
	УК-1	2-й	-	-	-	Тестовые задания

• **Рекомендуемая литература для изучения дисциплины:**

Основная литература:

Список	Кол-во экз. в библи.
<ul style="list-style-type: none"> • Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных, 2-е изд. М.: Медицина, 1986 г., 528 с. 	11
<ul style="list-style-type: none"> • Алкоголизм, наркомании и другие психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ : учеб. пособие / Л. М. Барденштейн [и др.]. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 96 с. 	165
<ul style="list-style-type: none"> • Болдырев А. И. Эпилепсия у взрослых, 2-е изд. М.: Медицина, 1984 г., 288 с. 	6
<ul style="list-style-type: none"> • Дворкина Н.Я. Инфекционные психозы. М.: Медицина, 1975 г., 184 с. 	2
<ul style="list-style-type: none"> • Клиническая психиатрия. Руководство для врачей и студентов. Пер. с английского. М.: Гэотар медицина, 1998 г. 	31
<ul style="list-style-type: none"> • Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. Психиатрия. М.: Медицина, 1995 г., 608 с. 	182
<ul style="list-style-type: none"> • Наркология: национальное руководство / ред. Н. Н. Иванец. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. -720 с. 	2
<ul style="list-style-type: none"> • Тиганов А.С. Фебрильная шизофрения. М.: Медицина, 1982 г., 228 с. 	6
<ul style="list-style-type: none"> • Целибеев Б.А. Психические нарушения при соматических заболеваниях. М.: Медицина, 1972, 280 с. 	3

Дополнительная литература:

Список	Кол-во экз.
<ul style="list-style-type: none"> • Абрамович Г.Б., Харитонов В.А. Эпилептические психозы у детей и подростков. Л.: Медицина, 1979г., 142 с. 	2
<ul style="list-style-type: none"> • Авруцкий Г.Я. Неотложная помощь в психиатрии. М.: Медицина, 1979 г., 191 с. 	11
<ul style="list-style-type: none"> • Александровский Ю.А., Лобастов А.С., Спивак Л.И и др. Психогении в экстремальных условиях. М.: Медицина, 1991 г., 96 с. 	5
<ul style="list-style-type: none"> • Иванец Н. Н. Героиновая зависимость (клиника и лечение постабстинентного состояния) / Н. Н. Иванец, М. А. Винникова. - М. : Медпрактика-М, 2001. - 128 с. 	1
<ul style="list-style-type: none"> • Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н. Аффективные психозы. Л.: Медицина, 1987 г. 	5
<ul style="list-style-type: none"> • Сергеев И. И. Транзиторные психозы шизофренического спектра / И. И. Сергеев, А. В. Петракова . - Астрахань : Новая линия, 2004. -112 с. 	1
<ul style="list-style-type: none"> • Сиволап Ю. П. Фармакотерапия в наркологии: Краткое справочное руководство / Ю. П. Сиволап, В. А. Савченков . - М. : Медицина, 2000. - 352с. 	1
<ul style="list-style-type: none"> • Смулевич А. Б. Депрессии в общей медицине / А. Б. Смулевич. - М.: МИА, 2001. - 256 с. 	1
<ul style="list-style-type: none"> • Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. М.: Медицина, 1986 г., 384с. 	8

--	--

Электронная библиотека:

Основная литература:

- **Барденштейн Л.М. с соавт. Алкоголизм, наркомании и другие психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, 2015 г.**
- **Иванец Н.Н. с соавт. Психиатрия и наркология, 2012 г.**

Дополнительная литература:

- Лукацкий М.А., Остренкова М.Е. Психиатрия, 2013 г.
- Незнанов Н.Г. Психиатрия, 2016 г.
- Психология для стоматологов /Под ред. Н.В. Кудрявой, 2007 г.
- Цыганков Б.Д., Овсянников С.А. Психиатрия, 2012 г.

9.Перечень ресурсов сети "Интернет", необходимых для освоения дисциплины

- Психическое здоровье в Internet: Статьи из профессиональных журналов и информационных писем, информация о наиболее часто употребляемых психотропных средствах и учебные пособия по лечению больных. Vancouver. Сервер WWW Психиатрическая сеть InterPsych: Форум для научных и клинических дискуссий по всем аспектам психопатологии. Поддерживает определенное количество тематических психиатрических списков рассылки.
 - Психиатрия на Medmark
 - Ссылки на материалы по психиатрии Internet в Michigan: "Звезда психиатрии" ресурсы психиатрии, разбитые на категории по патологическим состояниям, методам лечения, медикаментозной и немедикаментозной терапии, и учреждениям.
 - Ресурсы психического здоровья в Pittsburgh: Богатый перечень ссылок, разбитых на категории по заболеваниям и предметам.
 - Сеть Психическое здоровье: Крупный, всеобъемлющий путеводитель по Психическому здоровью в режиме Online, перечень из более чем 3.500 ссылок.
 - Коллекция Британского медицинского журнала по психиатрии
 - Поиск медицинских документов PaperChase• Cliniweb Disease Categorization - Psychiatry: интернет- поиск A searchable index of Internet hyperlinked clinical information documents selected by physicians and medical librarians. Oregon Health Sciences University.
 - Karolinska Behavioral / Mental Disorders: A systematic disease classification of Internet resources for laymen, healthcare professionals and scientists. Presented by a medical librarian team at Sweden's Karolinska Institute.
 - Mental Health Net: Large, comprehensive guide to mental health online, featuring over 3,500 individual resources
 - Guide to the Mental Health Internet: Clinical, scientific, and self-help resources for psychologists, social workers, MFTs, nurses, psychiatrists, and other mental health professionals. Internet Guides Press.
 - Internet Psychiatric Resources: Contains a list of mental health resources arranged by topic.
 - Mental Health Organizations and Resources: Pointers to resources.
 - Mental Health Resources at Pittsburgh: A listing of Internet mental health resources categorized by diseases and subjects.
- **Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины**

Обучение складывается из контактной работы, включающей лекционный курс и практические занятия, и самостоятельной работы. Основное время выделяется на практическую работу по психиатрии.

В процессе изучения психиатрии формируются основы клинического мышления, медицинской деонтологии, происходит овладение умениями в обследовании больных и принятии решений о назначении необходимого лечения, что, безусловно, важно для будущего врача вне зависимости от сферы его предполагаемой деятельности. Дисциплина является клинической дисциплиной и предназначена для решения задач по первичному опросу и осмотру больного с психическими расстройствами, постановке предварительного диагноза, обследования, установлению развернутого клинического диагноза, определению показаний для госпитализации, назначению лечения, оказанию неотложной помощи, организации мероприятий, по первичной и вторичной профилактике, диспансеризации.

Лекции читаются профессорами и доцентами кафедры по наиболее важным темам дисциплины и носят проблемный характер. При их проведении применяются современные информационные технологии и технические средства обучения. Помимо вопросов этиологии, патогенеза, клиники, на лекциях подробно разбираются современные методы диагностики (лабораторно-биохимические, функциональные, эндоскопические, рентгенологические и морфологические), лечение в амбулаторных условиях, и др. аспекты ведения больных.

Практические занятия проводятся в учебных комнатах кафедры, в клинических отделениях стационара, в диспансере. При наличии тематических больных проводится их клинический разбор.

В ходе обучения ординаторов не только решают поставленные перед ними задачи по овладению знаниями и приобретению необходимых практических навыков и умений, но и развивают способности, личностные качества, определяющие профессиональное поведение специалиста.

В соответствии с требованиями ФГОС ВО в учебном процессе используются активные и интерактивные формы проведения занятий (проблемные лекции, лекции-беседы, контекстное обучение, ролевые и деловые игры). Удельный вес занятий, проводимых в интерактивных формах, составляет не менее 15% от аудиторных занятий.

Самостоятельная работа ординаторов предусматривает изучение ими во внеаудиторное время ряда вопросов программы, подготовку к текущему, промежуточному, итоговому контролю ординаторов, выполнение индивидуальных учебных заданий и контроль их выполнения.

Работа с учебной литературой рассматривается как вид учебной работы по дисциплине выполняется в пределах часов, отводимых на ее изучение. Каждый обучающийся обеспечен доступом к библиотечным фондам академии и фонду методических разработок кафедры. По каждому разделу учебной дисциплины разработаны методические рекомендации к практическим занятиям и для самостоятельной подготовки ординаторов, а также методические указания для преподавателей.

Самостоятельная работа с литературой и написание рефератов формируют способность анализировать медицинские и социальные проблемы, умение использовать естественно-научные, медико-биологические и клинические сведения на практике в различных видах профессиональной и социальной деятельности.

Работа ординаторов на занятиях оценивается в рамках внедряемой на кафедре балльно-рейтинговой системы оценки образовательной деятельности ординаторов, которая используется в практике работы ВУЗов в соответствии с

приказом Минобразования России от 26.02.2001 г. № 631. Использование балльно-рейтинговой системы способствует активизации образовательной деятельности ординаторов и минимизации влияния субъективных причин на оценку качества выпускаемых специалистов; система обеспечивает объединение педагогической деятельности преподавателей и учебной активности ординаторов, повышение мотивации и самоконтроля обучаемых, улучшение посещаемости занятий, самостоятельной работы, а также снижение фактора случайности при сдаче экзамена и усиление защищенности ординаторов от излишних стрессов. Балльно-рейтинговая система оценки знаний, обучающихся обеспечивает возможность перевода кредита полученных знаний в европейском пространстве.

Воспитательные задачи на кафедре решаются в ходе учебной деятельности и направлены на воспитание у ординаторов гуманности, обязательности, пунктуальности, дисциплинированности, аккуратности, бережного отношения к имуществу, умения вести себя с сокурсниками, больными, родственниками пациентов и сотрудниками кафедры. Обучение ординаторов способствует воспитанию у них этико-деонтологических навыков общения с больными.

Текущий контроль (контроль изучения модульной единицы) осуществляется в начале занятий (контроль исходного уровня знаний), в процессе занятий (степень усвоения отдельных элементов дисциплины) и в конце занятий. Текущий контроль осуществляется в виде комплекса следующих мер:

- устного собеседования по текущему материалу
- тестового контроля
- оценки данных дополнительных исследований
- оценки действий (беседы) во время осмотра больного
- оценки решения деонтологических задач, связанных со сбором информации о конкретном пациенте и оценкой выявленных субъективных и объективных данных о его здоровье.

Контроль на модульном занятии осуществляется в несколько этапов:

- тестовый контроль
- решение ситуационной задачи
- оценка данных дополнительных исследований
- устный ответ на вопросы преподавателя

В конце изучения учебной дисциплины проводится *промежуточный контроль* знаний. Контроль знаний ординаторов конце обучения осуществляется в виде сдачи зачета и ГИА.

11. Перечень образовательных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине

Используемые образовательные технологии при изучении данной дисциплины составляют около 15% интерактивных занятий от объема аудиторных занятий. Виды образовательных технологий:

- Имитационные:

А) неигровые имитационные технологии: контекстное обучение

Б) игровые имитационные технологии: ролевые деловые игры

- Неимитационные технологии: проблемная лекция, лекция- беседа
- В ходе практических занятий обучающимся предлагают видеоматериалы, в которых представлены пациенты с различными психическими нарушениями, после просмотра которых каждый обучающийся должен дать психопатологическое описание увиденного состояния (видеоматериалы общим числом 10 находятся в разделе ФОС на эл. носителе).

Контекстное обучение проводится на протяжении всего периода преподавания дисциплины, в особенности вовремя СР под контролем преподавателя – знания, умения, навыки даются не как предмет для запоминания, а в качестве средства решения профессиональных задач.

Отдельные занятия – в режиме дистанционного обучения (лекции онлайн, онлайн-тестирование).

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

	Наименование дисциплины (модуля), практик в соответствии с учебным планом	Наименование специальных помещений*	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы	Перечень лицензионного программного обеспечения. Реквизиты подтверждающего документа
	«Врачебные манипуляции психиатрии»	Учебные аудитории для практических занятий, групповых и индивидуальных консультаций, для текущего контроля и промежуточной аттестации: учебные комнаты № 1, № 2, № 3 кафедры психиатрии и лабораторная комната для ЭЭГ Владикавказ	22 учебные парты, 10 стульев, электроэнцефалограф, наборы тестовых заданий для проведения экспериментально-психологического исследования (тест Люшера, Роршаха, Розенцвейга, Сонди, Кэтелла, САН, SCL-90 и другие).	<ul style="list-style-type: none"> • SunRayOfficePro – лицензионный сертификат от 06.06.2013 г. Лицензионный договор №444, г. Новосибирск от 23.05.2013 г. • Антивирус ESET NOD32 SMART Security Business Edition Renewal for 230 мест. Договор по оказанию услуг №0111А от 30.05.17 г. • Гражданско-правовой договор бюджетного учреждения № 0122а от 4 мая 8 года на правовую систему «Гарант»

		аз, Московско е шоссе, 6, ГБУЗ Республик анская психиатри ческая больница		
		Помещени я для самостояте льной работы ФГБОУ ВО СОГМА МР РФ: читальный зал библиотек и электронн ый читальный зал г. Владикавк аз, ул. Пушкинск ая, 40, ФГБОУ СОГМА МЗ РФ, учебный корпус № 1		

№/п	Наименование оборудования	Количество	Техническое состояние
1	2	3	4
Специальное оборудование			
•	Электроэнцефалограф	1	рабочее

Оргтехника			
•	Компьютер	1	рабочее
•	Ноутбук	1	рабочее
•	Проектор (для мультимедийных презентаций)	1	рабочее

*Специальные помещения - учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа, занятий семинарского типа, курсового проектирования (выполнения курсовых работ), групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации, а также помещения для самостоятельной работы.

13. Ведение образовательной деятельности с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий. В условиях введения ограничительных мероприятий (карантина), связанных с неблагоприятной эпидемиологической ситуацией, угрозой распространения новой коронавирусной инфекции и прочих форс-мажорных событиях, не позволяющих проводить учебные занятия в очном режиме, возможно изучение настоящей дисциплины или ее части с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий. Преподавание дисциплины в вышеописанных ситуациях будет осуществляться посредством освоения электронного курса с доступом к видео лекциям и интерактивным материалам курса: презентациям, статьям, дополнительным материалам, тестам и различным заданиям. При проведении учебных занятий, текущего контроля успеваемости, а также промежуточной аттестации обучающихся могут использоваться платформы электронной информационно-образовательной среды академии и/или иные системы электронного обучения, рекомендованные к применению в академии, такие как Moodle, Zoom, Webinar и др. Лекции могут быть представлены в виде аудио-, видеофайлов, «живых лекций» и др. Проведение семинаров и практических занятий возможно в режиме on-line как в синхронном, так и в асинхронном режиме. Семинары могут проводиться в виде web-конференций.