

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

Зав. кафедрой – д.м.н., доцент Березовская М.А.

Реферат

Алкоголизм. Синдром зависимости от алкоголя.

выполнил: ординатор 2 года

специальность Психиатрия

Ковалев Максим Андреевич

Проверил: д.м.н., доцент Березовская М.А.

Красноярск, 2023

Оглавление

Введение..... 2

Факторы риска 3

Стадии алкоголизма 4

Диагностические указания по МКБ-10..... 6

Абстинентный синдром. 8

Лечение..... 10

Вывод..... 18

Список литературы 19

Введение.

Алкогольная зависимость — сильная тяга к алкоголю, регулярное его употребление. Человек, страдающий алкогольной зависимостью, имеет непреодолимое, неподконтрольное желание выпить, которое становится важнее практически всего остального в его жизни. Именно это страстное желание, трудность ограничить количество выпиваемого алкоголя, а также абстинентный синдром, возникающий после прекращения употребления спиртных напитков, отличает алкогольную зависимость от злоупотреблений алкоголем (регулярное потребление в неумеренных количествах).

С каждым годом проблема алкогольной зависимости становится всё актуальнее. Миллионы людей верят мифам об алкоголе, особенно среди подростков, низкообразованного населения, считают что он может решить их проблемы, избавиться от депрессии, помочь стать уверенней в себе, снять стресс. В пьяном состоянии совершается множество преступлений, ДТП со смертельными исходами, несчастных случаев. В России пьянство, считается "народной болезнью", наш менталитет это собратся в пятницу вечером "выпить по кружечке пива".

Согласно данным Всемирной Организации Здравоохранения, сегодня в мире более 140 млн. алкоголиков. При этом распространенность зависимости напрямую связана с уровнем жизни населения. Употребление алкоголя с вредными последствиями ежегодно приводит к 2,5 миллиона случаев смерти.

320 000 молодых людей в возрасте 15-29 лет умирают от причин, связанных с алкоголем, что составляет 9% всех случаев смерти в этой возрастной группе.

Исходя из данных Всемирно статистики, я считаю что проблема алкогольной зависимости очень важна и имеет колоссальное значение, обратить на не внимание должны не только психиатры-наркологи, но и врачи всех специальностей, по сколько употребление алкоголя, способствует развитию соматических заболеваний и провоцирует их обострений.

Факторы риска

Наиболее часто встречается у мужчин в возрасте от 20 до 40 лет.

Иногда передается по наследству.

Пугливые, беспокойные и страдающие депрессией люди могут пытаться уменьшить тревогу значительными дозами алкоголя. Риск развития зависимости у этих людей повышается, если они работают в барах или в других местах, связанных с употреблением спиртных напитков.

Алкогольная зависимость часто становится результатом сочетания различных факторов. Иногда предрасположенность к злоупотреблению закладывается в семье, в т.ч. при воспитании ребенка в окружении тяжело пьющих людей.

Неполная семья, негативный родительский пример, негативное социально-культурное влияние (доступность алкогольных напитков, реклама, негативные примеры кумиров и значимых других);

Наличие расстройства личности (асоциальные, пограничные, шизоидные, тревожные, конституционально депрессивные, зависимые), посттравматического стрессового расстройства, биполярного расстройства, депрессии, шизофрении, органической патологии головного мозга, олигофрении.

Стадии алкоголизма

Первая. Наблюдается повышенный интерес к спиртному. Как только возникают какие-либо проблемы, больной хочет выпить алкоголь так же сильно, как здоровый человек поест. Если употребить спиртное не удастся, он отвлекается и забывает об опасном «антидепрессанте» до следующих жизненных сложностей. Если же алкоголь под рукой, пьет много, стремясь достичь чувства выраженного опьянения. Пить может и один, и в компании. Остановиться становится все сложнее.

К особенностям первой стадии алкоголизма относятся:

- угасание рвотного рефлекса;
- ухудшение памяти;
- раздражительность, повышенная агрессивность.

Начинающий алкоголик не пьет систематически. Единичные пьянки чередуются с длительными периодами трезвости. Не исключены и многодневные запои. Человек не понимает, что становится зависимым. Даже в трезвом состоянии он находит объяснения своему антисоциальному поведению. Может перекладывать ответственность за свои поступки на других, уверять, что его заставили/уговорили выпить.

Вторая. Больной принимает больше алкоголя, чем на первой стадии. Он не способен контролировать, сколько выпивает. При резком отказе от напитков, содержащих этанол, развиваются:

- артериальная гипертензия;
- тахикардия;
- бессонница;
- рвота во время еды;
- тремор рук.

У некоторых алкоголиков на второй стадии возникают приступы белой горячки. Тогда они видят галлюцинации, температура тела повышается.

Третья. Толерантность к алкоголю существенно снижается. Чтобы опьянеть, достаточно выпить совсем немного алкоголя. Следующие дозы практически не меняют состояния алкоголика, хотя концентрация этанола в крови увеличивается.

Тяга к спиртному становится неконтролируемой. Запой длительные. При отказе от этанола возникает алкогольный делирий. Нарушается работа внутренних органов. Больной деградирует.

Диагностические указания по МКБ-10

Окончательный диагноз зависимости может быть поставлен только при наличии трех или более нижеперечисленных признаков, проявляемых одновременно на протяжении определенного времени в течение предшествующего года:

Сильное желание или чувство непреодолимой тяги к приему психоактивного вещества;

Трудности в контроле поведения, связанного с приемом психоактивного вещества: его начало, окончание или уровни потребления;

Физиологическое абстинентное состояние, возникающее, когда прием психоактивного вещества прекращается или уменьшается, о чем свидетельствуют следующие расстройства: характерный для этого вещества синдром отмены; или употребление того же (или сходного) психоактивного вещества с целью облегчения или предупреждения симптомов отмены;

Признаки толерантности, проявляющиеся в необходимости повышения доз психоактивного вещества для достижения эффектов, первоначально достигаемых при употреблении меньших доз (очевидными примерами этого являются люди с алкогольной или опиатной зависимостью, ежедневные дозы которых могут полностью вывести из строя или привести к смерти нетолерантных потребителей);

Прогрессирующее пренебрежение альтернативными удовольствиями или интересами из-за употребления психоактивного вещества, увеличение времени, необходимого для приобретения или приема вещества и для восстановления от его эффектов;

Продолжающееся употребление психоактивного вещества вопреки явным признакам очевидных вредных последствий, таких как вред для печени в результате употребления алкоголя в чрезмерных количествах или

связанное с веществом нарушение когнитивных функций; необходимо приложить усилия для определения того, знал ли потребитель в действительности - или можно ли ожидать, что он знал - о природе и степени вреда.

Абстинентный синдром.

- 1) прекращение или ограничение длительного употребления больших количеств алкоголя;
- 2) присутствие ≥ 2 следующих симптомов в течение от нескольких часов до нескольких дней от возникновения критерия 1: симптомы возбуждения вегетативной нервной системы (напр. потливость, тахикардия), усиленное дрожание рук, бессонница, тошнота/рвота, преходящие галлюцинации или иллюзии зрительные, слуховые или осязательные, психомоторное возбуждение, тревога, приступы тонико-клонических судорог (grand mal);
- 3) усиление симптомов, перечисленных в критерии 2, имеет клиническое значение или нарушает профессиональную деятельность, контакты с окружением, ежедневную активность;
- 4) вышеназванные симптомы не вызваны иным соматическим или психическим заболеванием.

Виды:

- 1) с расстройствами восприятия — галлюцинации обычно зрительные или осязательные при сохраненном чувстве реальности или же иллюзии слуховые, зрительные или осязательные, без признаков делирия;
- 2) алкогольный делирий (алкогольный абстинентный синдром с делирием по ICD 10, delirium tremens) — по DSM 5 должен диагностироваться вместо абстинентного синдрома, если в клинической картине доминируют расстройства внимания и когнитивных процессов (1 и 3 из вышеназванных критериев делирия).

Нарушения сознания не включаются в главные диагностические критерии алкогольных абстинентных синдромов в DSM-5, однако, часто

присутствуют в контексте отмены алкоголя. Развитие алкогольного делирия связано с большой вероятностью серьезных соматических симптомов (напр. печеночной недостаточности, воспаления легких, кровотечения из желудочно-кишечного тракта, последствий травмы головы, нарушений электролитного баланса).

В период прекращения или ограничения употребления алкоголя может возникнуть острый алкогольный галлюциноз (психотическое расстройство, вызванное алкоголем, по DSM5) — выраженные, стойкие слуховые и зрительные галлюцинации у лица с алкогольной зависимостью (обычно больной слышит негативные высказывания на тему его личности), без нарушений сознания; может перейти в хроническую форму.

Лечение

Амбулаторно проводится активная противоалкогольная терапия, психопрофилактика с участием в работе групп анонимных алкоголиков. В основном амбулаторно лечатся больные со второй стадией алкоголизма. Продолжительность этой стадии без лечения – 5-12 лет, на фоне лечения она может увеличиваться до 15-20 лет – без перехода на третью стадию.

Лечение алкогольного абстинентного синдрома.

Инфузионная терапия. При легкой степени ААС инфузионная терапия проводится лишь в тех случаях, когда у больного диагностируется какая-либо сопутствующая соматическая или неврологическая патология. В остальных случаях предпочтение отдается пероральному пути введения жидкости, чаще всего калийсодержащими средствами (например, «Регидрон»). При ААС средней и тяжелой степени инфузионная терапия обязательна. Целью ее проведения является устранение дегидратации, поддержание нормального объема циркулирующей крови, нормализация ионного баланса, поддержание диуреза. Рекомендованный объем вводимой жидкости — 10-20 мл/кг. Введение больших объемов жидкости при ААС, как показывает клиническая практика, зачастую оказывается не столь эффективным и оправданным по медицинским показаниям и может приводить к осложнениям. Быстрое проведение детоксикации большими объемами жидкостей вызывает резкое изменение кровотока в различных отделах мозга, увеличивает риск развития судорожных припадков. При проведении инфузионной терапии ААС следует соблюдать те же требования, которые предъявляются к инфузионным программам при других неотложных состояниях. Во-первых, необходим учет объема всех потерь жидкости для правильного расчета объема инфузии; во-вторых, контроль АД, ЧСС, КЩС в динамике; в-третьих, проведение ЭКГ для выявления патологических ритмов и синдрома удлиненного интервала QT.

Назначение инфузионной терапии требует соблюдения определенных правил: 1) на ранних стадиях ААС (при снижении концентрации спирта в плазме крови) у больных может возникать избыток жидкости в организме, связанный с увеличением секреции антидиуретического гормона. В динамике развития ААС формируется дегидратация, поэтому перед началом и во время инфузионной терапии необходима аускультация легких; 2) растворы глюкозы необходимо назначать с тиамин (для профилактики развития энцефалопатии), с ионами калия (для лучшего проникновения глюкозы в клетки) и магния (для обеспечения ее анаэробного гликолиза); 3) в качестве терапии нарушений сердечного ритма рекомендована инфузионная терапия сбалансированными растворами электролитов; 4) ренальные потери жидкости компенсируют 5% раствором глюкозы, экстраренальные — полиионными растворами. При проведении терапии ААС по показаниям применяются психотропные средства, смягчающие его течение и предупреждающие развитие судорожных припадков, алкогольного делирия. Транквилизаторы бензодиазепинового ряда являются, по сути, базисными средствами в терапии ААС. Препаратами выбора для купирования ААС считаются диазепам (реланиум, седуксен), лоразепам (лорафен), хлордиазепоксид (элениум) и снотворные средства бензодиазепинового ряда — нитразепам (радедорм, эуноктин).

Для коррекции выраженных расстройств сна используются и снотворные барбитурового ряда. Преимущества бензодиазепинов перед другими психотропными средствами, применяемыми при лечении ААС, складываются из их относительной безопасности и более низкого наркотического потенциала по сравнению с другими гипнosedативными препаратами; они устраняют психопатологические расстройства (тревогу, возбуждение) без существенного угнетения дыхания; не вызывают экстрапирамидных нарушений, холинолитических осложнений; обладают противосудорожной активностью. Устраняются тремор, тахикардия, гипергидроз. В течение первых 3-5 дней лечения препараты назначаются

внутри и/или внутримышечно в средней терапевтически эффективной дозе через равные интервалы времени (режим «нагрузки»), как правило, до 4-6 раз в день до момента достижения седации и купирования клинических проявлений ААС. Важно не превышать максимальный терапевтический порог препаратов. Обычно используются следующие дозы препаратов: раствор диазепама (реланиум) 0,5% 2-4 мл в/м, в/в, в/в капельно, суточная доза до 0,06 г; раствор феназепама 0,1% 1-4 мл в/м, в/в, в/в капельно, или феназепам в таблетках по 0,0005, 0,001, суточная доза до 0,01 г; лоразепам по 0,0025 до 0,015 г в сутки; оксазепам по 0,01 до 0,09 г в сутки; фенobarбитал по 0,1-0,2 г; имован по 0,0075 г; ивадал по 0,01 г; реладорм 0,11-0,22 г. Фенobarбитал в составе комплексных препаратов иногда применяется у больных с ААС и в течение дня в качестве заместительной терапии, в целях снижения интенсивности абстинентных расстройств. Назначаются паглюферал по 1-2 таб. 3-4 раза в сутки или корвалол по 30-40 капель 1-2 раза в сутки. β -адреноблокаторы (пропранолол — анаприлин, обзидан) являются важной составной частью комплексной программы терапии ААС, так как эффективно устраняют катехоламинемия, купируют вегетативную симптоматику, снижают АД, ЧСС и обладают слабо выраженным седативным и анксиолитическим действием. Средние суточные дозы пропранолола составляют 60-160 мг внутрь; атенолола 50-100 мг внутрь. α -адреноблокаторы также широко используются в терапии абстинентного синдрома (не только алкогольного, но и от других видов ПАВ, в частности опиатного, смешанного). Наиболее часто используемый препарат — пирроксан. Суточные дозы составляют от 0,03 до 0,12 г. Длительность использования препарата прямо коррелирует с редукцией вегетативной симптоматики, кратность приема — 3-4 раза в сутки. Хроническая алкогольная интоксикация сопровождается повышением уровня внутриклеточного кальция, в связи с чем в ААС обосновано применение блокаторов кальциевых каналов. Наиболее известный препарат — нифедипин. Средние суточные дозы нифедипина в ААС составляют 10-40 мг.

Показания к профилактической противосудорожной терапии при алкогольном абстинентном синдроме ограничены. Если припадков ранее не было или они развивались только на фоне алкогольного абстинентного синдрома, основной способ профилактики — назначение бензодиазепинов или барбитуратов. Если доза этих препаратов достаточна, то риск припадков минимален. У больных эпилепсией риск припадка в период ААС повышен, в связи с чем показано немедленное назначение антиконвульсантов. В наркологической практике используются карбамазепин (финлепсин), вальпроевая кислота (депакин), ламотриджин (ламиктал). Но чаще эти средства применяются для купирования синдрома патологического влечения в постабстинентном (подостром) состоянии, т.е. на втором этапе терапии.

Значительный дефицит ионов магния в тканях, возникающий в результате снижения всасывания в тонком кишечнике и усиления под влиянием алкоголя экскреции магния с мочой, приводит к миоклоническим подергиваниям, атаксии, тремору, головокружению, бессоннице, раздражительности, напряженности, тревоге, вегетативной дисфункции. Поэтому патогенетически оправдано использование в терапевтических программах магния сульфата в дозе 1-2 г (5-10 мл 25% раствора) в/в и в/м даже при нормомагниемии. В настоящее время существует комплексный препарат Магне-В6, который содержит терапевтические дозы магния в составе наиболее легко усваиваемых солей лактата и пиридоксата в комплексе с пиридоксином (витамином В6). Магне-В6 обладает высоким вегетостабилизирующим эффектом, влияет на неврологическую симптоматику в рамках ААС и при периферической полинейропатии, имеет слабое седативное (успокаивающее) действие на начальных этапах терапии. Рекомендованные дозы для больных с алкогольной зависимостью — по 2 таб. 2 раза в день, курс — до 30 дней.

В терапии абстинентного синдрома обязательной составляющей являются витамины группы В, С, РР, несколько реже используются

витамины других групп. Назначаются растворы тиамин хлорида 5% 2–4 мл в/м, в/в капельно, пиридоксин гидрохлорида 5% 5–8 мл в/м, в/в капельно; никотиновой кислоты 0,1% 1–2 мл в/м; аскорбиновой кислоты 5% 5–10 мл в/м, в/в капельно. Парентерально витамины назначаются в первые несколько суток отмены алкоголя, обычно в составе инфузионной терапии, затем продолжается пероральный прием. Большое место в терапевтических программах занимают препараты с антиоксидантной и гепатопротективной активностью. К их числу относятся: а-липоевая кислота (тиоктовая кислота), метадоксин, мексидол. а-липоевая кислота (тиоктовая кислота) существует в двух формах — парентеральной и пероральной. Парентеральное применение а-липоевой кислоты в терапии ААС в дозе 600 мг (24 мл на 400 мл физического раствора) имеет выраженное детоксикационное действие. При этом важно отметить, что более быстрый и заметный терапевтический эффект наблюдается у лиц с тяжелым течением ААС. Гепатотропный эффект и влияние на алкогольную полинейропатию проявляется при приеме препарата в дозе 200 мг курсом не менее месяца. Цитофлавин представляет собой сбалансированный комплекс из двух метаболитов (янтарная кислота, инозин) и двух коферментов-витаминов — никотинамида (витамин РР) и рибофлавина мононуклеотида (витамин В2). Цитофлавин стимулирует дыхание и энергообразование в клетках, стимулирует процессы утилизации кислорода тканями, восстанавливает активность ферментов антиоксидантной защиты, Цитофлавин улучшает коронарный и мозговой кровоток, активизирует метаболические процессы в центральной нервной системе, способствует восстановлению сознания, устранению рефлекторных нарушений, расстройств чувствительности и улучшению интеллектуально-мнестических функций мозга. Цитофлавин наиболее эффективно воздействует на соматовегетативные проявления ААС: цефалгию, гипергидроз, тошноту, рвоту, внутреннюю дрожь. Цитофлавин назначают при ААС по 20 мл 2 раза в сутки в течение 5–7 дней.

Метадоксин в настоящее время также успешно используется в комплексной терапии широкого круга вегетосоматических расстройств, наблюдающихся при ААС, поражений печени алкогольного генеза и алкогольной полинейропатии. Гепатопротекторное действие метадоксина обусловлено мембраностабилизирующим эффектом и основано на способности восстанавливать соотношение насыщенных и ненасыщенных свободных жирных кислот. Дезинтоксикационный эффект метадоксина связан с активацией ферментов печени, участвующих в метаболизме этанола — алкогольдегидрогеназы и ацетальдегиддегидрогеназы, что ускоряет процесс выведения этанола и ацетальдегида из организма. Метадоксин предотвращает накопление триглицеридов в гепатоцитах, а также препятствует образованию фибронектина и коллагена, что значительно замедляет процесс формирования цирроза печени. Препарат уменьшает выраженность психических и соматических проявлений похмельного синдрома, способствует более быстрому купированию абстинентного синдрома. Метадоксин оказывает неспецифическое антидепрессивное и анксиолитическое действие. Рекомендованные дозы метадоксина: купирование ААС — по 300-600 мг (5-10 мл) в/в капельно в 500 мл 0,9% раствора натрия хлорида или 5% раствора глюкозы; терапия нарушений функций печени алкогольного генеза (алкогольная болезнь печени) — 1000-1500 мг/сут; при алкогольной полинейропатии — 1000 мг/сут. Препарат не требует лабораторного контроля, не вызывает побочных эффектов, поэтому возможен длительный прием курсом до 3 месяцев.

Мексидол — препарат со сложным механизмом действия. Наиболее важными компонентами механизма действия мексидола являются его антиоксидантные, мембранопротекторные эффекты. Препарат оказывает нейропротекторное, противогипоксическое, ноотропное, антистрессорное, анксиолитическое, противосудорожное действие. Включение мексидола в комплексную терапию синдрома отмены алкоголя с судорогами уменьшает потребность в противосудорожных и седативных средствах в 2 раза.

Усиливая основной лечебный эффект этих препаратов, мексидол снижает их побочные проявления. Мексидол хорошо сочетается с транквилизаторами, нейролептиками и антидепрессантами. При токсических энцефалопатиях препарат вводят внутривенно от 200 до 1200 мг/сут (подбирая дозу индивидуально). Рекомендуемый режим дозирования при алкогольной интоксикации: по 250-500 мг внутривенно капельно на 150,0 мл изотонического раствора натрия хлорида дважды в сутки — 3 дня, далее по 200-250 мг в/в струйно на 16,0 мл изотонического раствора натрия хлорида 2 раза в сутки в течение 7 дней. Возможен переход на внутримышечное введение препарата с последующим приемом таблетированной формы по 0,125-0,250 г 3 раза в день в течение 4-6 недель. При лечении ААС рекомендованные дозы: по 200-250 мг внутривенно струйно на 16,0 мл изотонического раствора натрия хлорида в течение 10-15 дней (при тяжелых формах ААС — по I 250-500 мг), далее переход на внутримышечные инъекции в дозе 200-250 мг в течение 10 дней. В последующем переходят на прием таблетированной формы. В ряде случаев возможно сочетание только внутримышечного введения препарата и таблетированной формы. Мексидол практически не обладает побочными эффектами традиционных нейропсихотропных средств, в частности не оказывает седативного, миорелаксирующего, эйфоризирующего действий, а также не имеет побочных эффектов, свойственных нейропротекторным препаратам.

Ноотропные препараты способны ослаблять алкогольную интоксикацию. При этом наибольшим антиалкогольным влиянием обладают «энергезирующие» ноотропы (пирацетам, пиритинол) и ГАМКергические вещества (пикамилон, фенибут и др.). Большинство исследователей считают, что ноотропы уменьшают тяжесть и выраженность ААС, не укорачивая его, а также оказывают положительное влияние на остаточную симптоматику после купирования абстинентного синдрома. Особое место в наркологической клинике занимает пирацетам. Его используют для уменьшения тяжести алкогольной интоксикации, при делириозных

состояниях и алкогольных делириях. Препарат отличается быстротой проникновения препарата в органы и ткани, в том числе в структуры мозга, через гематоэнцефалический барьер. Через 20 мин после внутривенного введения мозговой кровотока увеличивается на 12%, через 1-4 ч препарат накапливается в мозговой ткани. Применяемый в высоких дозах (4-12 г), пирацетам укорачивает длительность ААС, уменьшает соматические и неврологические осложнения. В настоящее время в клинической практике более широко стали использоваться комбинированные препараты ноотропного действия, такие, например, как омарон (пирацетин, фезам). Омарон содержит пирацетам 400 мг и циннаризина 25 мг. Препарат обладает ноотропным и вазоактивным действием. Оба компонента усиливают действие друг друга, одновременно уменьшая количество побочных эффектов. Как правило, вышеописанная тактика позволяет купировать абстинентный синдром уже к 3-5-му дню лечения. Но в настоящее время существуют различные методы, ускоряющие этот процесс, в частности эфферентные методы терапии. Более подробно использование эфферентных и других немедикаментозных методов терапии описано в соответствующей главе. Несомненно, в период абстинентных расстройств больной подвергается наиболее тяжелым токсическим воздействиям, оставляющим стойкие негативные последствия во всех органах и системах, поэтому скорость достижения терапевтического эффекта при лечении абстинентного синдрома играет важную роль

Вывод

В ходе своей работы я рассмотрел факторы риска, стадии зависимости от алкоголя, осложнение алкоголизма в виде абстинентного синдрома, диагностические критерии, лечение по клиническим рекомендациям. В ходе написания данной работы, я сделал вывод, что алкоголизм тяжелая социально значимое заболевание, плохо поддающееся лечению и не поддающееся профилактики, требующее пристального амбулаторного и стационарного наблюдения

Список литературы

1. <https://minzdrav.gov-murman.ru/documents/poryadki-okazaniya-meditsinskoy-pomoshchi/1642.pdf>
2. https://www.rlsnet.ru/mkb_index_id_2438.htm
3. <http://navigator.mosgorzdrav.ru/diseases/psikhiatriya/alkogolizm/>
4. https://www.who.int/substance_abuse/terminology/ru/

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра _____ психиатрии и наркологии с курсом ПО _____
(наименование кафедры)

Рецензия _____ зав. кафедрой, д.м.н. Березовской М.А. _____
(ФИО, учёная степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 2 года обучения по специальности _____ Психиатрия _____
Ковачев Максим Андреевич
(ФИО ординатора)

Тема реферата Аликолизм. Синдром зависимости от алкоголя

основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	положительный/отрицательный
1.	Структурированность	+
2.	Актуальность	+
3.	Соответствие текста реферата его теме	+
4.	Владение терминологией	+/-
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6.	Логичность доказательной базы	+/-
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	+/-
8.	Источники литературы (не старше 5 лет)	+
9.	Наличие общего вывода по теме	+
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	удовлетворительно

Дата: «10» октября 2022 год

Подпись рецензента _____

Березовская М.А.

Подпись ординатора _____

Ковачев М.А.