

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Семейная медицина»	044/56-9	
Ситуационные задачи	1 стр. из 25	

Ситуационные задачи по психиатрии для рубежного контроля

Код дисциплины: 7R01138 «Семейная медицина»

Название дисциплины: Психиатрия

Код дисциплины: R-Psh

Количество часов/кредитов: 120/4 кредит

Шымкент 2021г.

O'ŇTŪSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Семейная медицина»	044/56-9
Ситуационные задачи	2 стр. из 25

Вопросы программы для рубежного контроля 1

1. Психиатрия как наука. Основные разделы современной психиатрии. Взаимосвязь с другими науками.
2. Методологические основы изучения психических процессов (учение И.П.Павлова, П.К.Анохина, З.Фрейд, Г.Селье).
3. Патопсихология и психопатология. Психосоматические и соматопсихические взаимодействия. Психосоматические расстройства.
4. Психика и мозг. Методологические основы современной психиатрии. Нейрофизиологическое обоснование психической деятельности человека.
5. Характер, определение. Большие и малые социальные группы. Формальные и неформальные группы. Межличностные отношения. Акцентуированные личности по Леонгарду.
6. Учение о личности. Мироззрение и убеждение человека. Акцентуированные личности по Леонгарду (демонстративные, циклотимические, сверхточные, аутичные, ригидные, экстра- и интровертированные, неуправляемые, смешанные).
7. Личность, определение. Межличностные отношения. Малые и большие, формальные и неформальные социальные группы. Первичные и вторичные группы.
8. Правила описания психического статуса. Основные этапы интервьюирования пациентов с психическими расстройствами.
9. Классификация психических заболеваний МКБ-10.
10. Электроэнцефалография. Дифференциально-диагностическое значение электроэнцефалографических исследований в психиатрии.
11. Регистрация вызванных потенциалов мозга и условной негативной волны, как метод параклинических исследований пациентов с психическими расстройствами.
12. Основные психологические методики исследования психических расстройств.
13. Эпидемиология психических заболеваний. Распространенность психических заболеваний (шизофрения, зависимости от психоактивных веществ, пограничные нервно-психические расстройства и др.).
14. Патоморфоз психических заболеваний.
15. Генетика психических заболеваний. Психические болезни с наследственной предрасположенностью и экзогенией. Близнецовый и генеалогический методы.
16. Деонтология. Учение о врачебной этике и врачебной тайне. Ятрогении и ятропатии. Эгогении и дидактогении.
17. Ощущение, определение. Виды ощущения. Синестезии. Явления адаптации. Понятие о «сенсорном голоде». Клинический госпитализм.
18. Перцепторные расстройства. Агнозии (оптические, акустические, аутопатия, анозогнозия), гипо-и парестезия (гиперакузия, гиперосмия), синестезия, парестезия, синестопатии.
19. Восприятие, определение. Перцепция и аперцепция.

Вопросы программы для рубежного контроля 2

1. Представление и воображение. Отличие представления и воображения от непосредственного восприятия. Эйдетизм.
2. Иллюзии. Определение. Виды иллюзий. Вербальные, аффективные парейдолические иллюзии. Особенности иллюзорных переживаний пациентов с психическими расстройствами.
3. Галлюцинации. Определение. Виды галлюцинаций. Акоазмы и фотопсии. Микро-, макро и дисморфопсии. Панорамические, комментирующие, императивные. Экстропампинные, функциональные, гипногагические, гипнопампинные галлюцинации. Галлюцинации Шарля Боне. Патогенетические механизмы.
4. Нейрофизиологические механизмы галлюцинаций. Гипотезы И.П.Павлова, А.Г. Иванова-Смоленского, тормозная теория Попова, учение о нарушении информационных процессов мозга.
5. Галлюцинации. Истинные и ложные. Особенности галлюцинаторных переживаний у пациентов с эпилепсией, шизофренией.
6. Психосенсорные расстройства. Дерезализация и деперсонализация. С-м Фантома, с-м «третьей конечности» у парализованных.
7. Мышление, определение. Виды мышления.
8. Понятие суждения и умозаключения. Индуктивное и дедуктивное умозаключение. Паралогичность суждений.
9. Бредовые идеи, сверхценные идеи, доминирующие идеи, бредоподобные фантазии. Виды бредовых идей. Клиническая характеристика. Патогенетические механизмы.
10. «Шкала» тяжести синдромов при шизофрении. Формы заболевания. Типы течения.
11. Патология влечений (пиромания, дромомания, клептомания, арифмомания, суицидомания).
12. Внимание, определение. Произвольное и непроизвольное внимание. Нарушение внимания при психических заболеваниях.
13. Память, определение. Виды памяти (быстрота запоминаний, объем усвоенного, прочность и длительность сохранения). Количественные и качественные нарушения памяти.
14. Амнезии. Прогрессирующие, ретро-антероградные, фиксационные, полные и частичные гипо- и гипермнезии. Патогенетические механизмы.
15. Парамнезии. Псевдореминисценции, конфабуляции, криптомнезии, конфабуляторная спутанность.
16. Клиника острого опьянения. Стадии опьянения. Атипичные виды опьянения. Экспертиза опьянения.
17. Алкогольная зависимость. Клиника, стадии течения. Условно-рефлекторные методы лечения алкогольной зависимости.
18. Алкогольный делирий. Алкогольный галлюциноз. Алкогольный параноид. Клиническая характеристика, дифференциальный диагноз, лечение, прогноз, профилактика.
19. Наркомания препаратами конопли, опия, снотворными-седативными средствами, кокаином. Никотиновая зависимость. Клиника интоксикации и абстиненции.
20. Транквилизаторы. Современные снотворные препараты (Z-гипнотики). Нормотимики. Антидепрессанты. Трициклические и четырехциклические антидепрессанты. Атипичные нейроаналептики.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Семейная медицина»	044/56-9
Ситуационные задачи	4 стр. из 25

Вопросы билетов программы для промежуточной аттестации (экзаменационная сессия)

Билет № 1

1. Принципы организации амбулаторной и стационарной психиатрической помощи населению РК. Гуманизация психиатрической службы.
2. Пароксизмальные явления (припадки эпилептические, истерические, дизэнцефальные, эпилептический статус, особые состояния сознания). Их диагностическое значение.
3. Больной М., 22 года, артист оперного театра. В отделении психиатрического стационара находится в непрерывном возбуждении, кривляется, дурачиться, строит рожи, громко хохочет. Залезает на подоконник, на стол, и с громким воинственным криком прыгает оттуда на койки, залезает под кровать и рычит, пытаясь схватить проходящих людей за ноги. Себя называет «Тарзаном», говорит, что он изображает охотника в лесу и прыгает с ветки на ветку. Оставленный на минуту без присмотра, моментально что-нибудь натворит: сдёрнет одеяло с больного, разобьёт стекло в окне. Временами возбуждение достигает неистовства. Больной становится злобным, нецензурно бранится (хотя тут же извиняется), пытается пить свою мочу, мазаться калом, нападает на окружающих. Громко кричит: «Привяжите меня, не могу, я сейчас начну бить окна!» Злобность, гневливость держатся недолго и вновь сменяются повышенным настроением.

1. Оцените состояние больного (симптомы, синдром, диагноз).
2. Дополнительные методы исследования.

Билет № 2

1. Дифференциальная диагностика бредовых расстройств. Отличия шизофрении от органических заболеваний, психогений и аффективных психозов.
2. Биполярное расстройство (маниакально-депрессивный психоз): определение, основные закономерности течения, клинические варианты, прогноз.
3. Больной В., 19 года, солдат. Психическое заболевание возникло остро, в связи с перенесённым гриппом. Стал жаловаться на постоянные боли в горле, высказывал мысль, что болен туберкулёзом гортани, горло у него сгнило, дыхание «захватывает», выпали все зубы, в груди всё пусто, всё сгнило. Отказывается от еды на том основании, что у него «нарушилась связь горла с желудком, желудок мёртвый», все внутренности склеились. Заявляет, что он труп, но двигается лишь потому, что через него пропускают электрический ток. В стационаре бездеятелен, одинок и тревожен. Настроение подавленное.

1. Оцените состояние больного (симптомы, синдром, диагноз).
2. Оценка трудоспособности.

Билет № 3

1. Расстройства ощущений и восприятия и их диагностическое значение. Дереперсонализация и деперсонализация, болезни, при которых они наблюдаются.
2. Расстройства сексуальных функций. Понятие сексуальной дисфункции.

O'ŇTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
Кафедра «Семейная медицина» Ситуационные задачи	044/56-9 5 стр. из 25

3. Сотрудниками линейного отдела милиции задержан на территории прилегающей к железнодорожному вокзалу гражданин, который пытался броситься под поезд. В отделении милиции он рассказал, что "не должен жить, виноват перед людьми в связи с тем, что под влиянием сатаны насылает на людей порчу". Считает, что непроизвольно распространяет вокруг себя сигналы, после которых в течение суток умирают люди. Рыдая, говорит о том, что "больше так не может и должен уйти из жизни". Сотрудники милиции пригласили на консультацию врача-психиатра. Гражданин от консультации врача категорически отказывается. Врач-психиатр сообщил, что для проведения недобровольного психиатрического освидетельствования ему необходимо получить санкцию судьи.

1. Оцените состояние больного (симптомы, синдром, диагноз)
2. Правильна ли тактика врача?

Билет № 4

1. Основные достижения научной и практической психиатрии в XX веке. Принципы современной классификации психических расстройств.
 2. Суицидальное поведение при психических заболеваниях. Состояния, при которых возникает угроза для жизни психически больного. Врачебная тактика и методы профилактики.
 3. Больной Н., 35 лет, слесарь. В течение нескольких месяцев на работает, постоянно обращается за помощью к разным врачам. Жалуется на слабость, отсутствие аппетита, бессонницу. Отмечает у себя массу неприятных ощущение во всем теле: не хватает дыхания, сердце «словно облили чем-то горячим» и оно вот-вот разорвётся. Чувствуется какой-то жар, в голове «перчит», голова словно забита, «заклинена», кровь застывает в жилах, по всему телу «проходят иголки». При обследовании больного никаких патологических изменений со стороны внутренних органов не выявлено. Несмотря на отрицательные данные исследований, больной остается тревожным, подозревает у себя какое-то серьёзное заболевание.
1. Оцените состояние больного (симптомы, синдром, диагноз).
 2. Принципы лечения.

Билет № 5

1. Алкогольные (металкогольные) психозы. Условия возникновения. Клинические варианты. Прогноз. Дифференциальная диагностика алкогольных психозов. Их отличия от острого приступа шизофрении, реактивных и эпилептических психозов. Корсаковский психоз: основные проявления, условия возникновения, терапия, прогноз.
2. Соматические расстройства как симптомы психических заболеваний. Понятие истерической конверсии, примеры истерических соматических и неврологических расстройств.
3. На врачебно-трудовую экспертную комиссию Центра психического здоровья (в составе врачей психиатр-нарколога, невропатолога, терапевта) был предоставлен больной Р. для решения вопроса направления на МСЭК. Из доклада участкового врача- психиатра известно, что больной состоит на динамическом учете в ЦПЗ в течение 5 года, неоднократно лечился в отделении психозов, но безуспешно. В последний год он практически не работал. Причина невыхода на работу - забывчивость больного: вначале постоянно терял ключи, забывал запереть двери, оставлял сумки в транспорте, был совершенно рассеянным, невнимательным, затем стал забывать номера телефонов, квартиры, путать остановки, плутать в знакомом микрорайоне, в последние два месяца родственники стали замечать, что больной "заговаривается": то просит запрячь лошадь (он вырос в деревне), иногда суетливо спрашивает о начале сенокоса. При осмотре психиатром было выявлено следующее: больной не ориентирован в месте, времени, однако пытается это скрыть - иногда шутит (вопрос -"какое сегодня число?", ответ - "Вы же видите снег, зима, значит пора санки готовить..."). Иногда обращается к одному из членов комиссии как к знакомому (хотя тот его видит впервые). Затрудняется в определении года, не помнит адреса, даты рождения детей. Иногда невпопад спрашивает о событиях явно, не имеющих места в настоящей жизни. При неврологическом осмотре был выявлен полиневрит.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Семейная медицина»	044/56-9
Ситуационные задачи	6 стр. из 25

1. Оцените состояние больного (симптомы, синдром, диагноз).
2. Оценка трудоспособности.

Билет № 6

1. Ипохондрический синдром. Понятие бредовой, сверхценной и обсессивной формы ипохондрии. Связь ипохондрии с сенестопатиями. Дифференциальный диагноз с соматическими заболеваниями. Социально-опасное поведение.
2. Синдром психического автоматизма Кандинского-Клерамбо. Примеры различных видов автоматизма. Диагностическое значение.
3. Больная К., 40 лет, в течение последнего года страдает бессонницей. По назначению врачей принимала мепробамат периодически, затем постоянно. В течение 3-х месяцев доза препарата увеличилась, но без заметного улучшения. По признанию самой пациентки, без приема снотворных чувствует "психологический дискомфорт", поскольку они приносят ощущение прилива энергии, повышается активность, работоспособность. Не заметил, как доза препарата повысилась, но без снотворного эффекта. Решила бросить принимать данные снотворные средства, но на следующий день у больного возникли необъяснимая тревога, страх. Появились дрожь в конечностях, мышечные подергивания, общая слабость, головокружение, тошнота, рвота, нарушилось восприятие окружающих предметов и пространства. Повысилось артериальное давление, хотя при вставании с кровати отмечалось резкое падение АД. Позднее развились 2 судорожных припадков.

1. Оцените состояние больного (симптомы, синдром, диагноз).
2. Выберите предполагаемую тактику терапии.

Билет № 7

1. Маниакально-депрессивный психоз и другие аффективные расстройства. Типичные клинические проявления в различные фазы болезни. Дифференциальная диагностика при аффективных психозах. Отличие маниакально-депрессивного психоза от шизофрении, органических заболеваний и реактивных состояний.
2. Нейролептические (антипсихотические) средства. Спектр терапевтической активности, показания, противопоказания. Действие нейролептиков на сомато-вегетативную сферу, побочные эффекты и осложнения. Понятие нейролептического синдрома, его предупреждение и терапия.
3. В наркологический диспансер поступил парень 25 лет, мать которого уверена в том, что он употребляет какой-то наркотик. Объективно: розовые щеки на бледном лице, алые губы, тремор пальцев вытянутых рук, повышение тонуса мышц, произвольные движения и судорожные подергивания мышц, неусидчивость. При расспросе пациента, удалось выяснить, что после употребления таблеток вначале появляется тяжесть в руках, ногах, во всем теле, ощущение тепла, повышается настроение со стремлением к общению, с желанием двигаться, веселиться, танцевать и петь. Затем, возникает ощущение невесомости своего тела, "чувство полета, парения". Обостряется восприятие, меняются краски и формы предметов окружающего мира, в желтый и зеленый цвета окрашены лица людей и предметы. Исчезает желание двигаться.

Исходя из описанного состояния, выберите предполагаемый диагноз:

1. Оцените состояние больного (симптомы, синдром, диагноз).
2. Выберите предполагаемую тактику терапии.

Билет № 8

1. Психопатологические симптомы и синдромы. Ранги психических расстройств, понятие психоза. Продуктивная и негативная симптоматика. Диагностическое и прогностическое значение этих понятий.
2. Изменения личности: дефект, деградация, маразм.
3. Обследуемый 43 лет, рабочий. При поступлении напряжен и тревожен, озирается по сторонам, отмахивается от чего-то, стряхивает с себя что-то, часто вскакивает и порывается

O'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Семейная медицина»	044/56-9
Ситуационные задачи	7 стр. из 25

выйти из кабинета, Продуктивному контакту недоступен. Через сутки, после медикаментозного сна вялый, не помнит подробностей госпитализации и многих своих переживаний при поступлении. Через 1,5-2 недели на фоне лечения физически посвежел и окреп. В беседе добродушен и с удовольствием говорит на тему о выпивках, но легко раздражается, вспоминая как к нему "придирались" окружающие. Пребыванием в отделении не тяготится, общается с себе подобными больными. Не обнаруживает ни к кому привязанностей, не переживает, что растерял друзей, не тяготится, что ведет паразитический образ жизни. При сборе анамнестических данных путается в хронологии, не уверен в датах, особенно ближайших событий из личной и общественной жизни. Из 10 названных слов, через несколько минут воспроизводит только 6. При вычитании из 100 по 7 обнаруживает затруднения и ошибки уже через 2-3 операции. Неврологический статус: зрачки узкие, вяло реагируют на свет. Тремор пальцев вытянутых рук, пошатывание в позе Ромберга. Утрата чувства равновесия - при ходьбе по прямой линии сильно шатается. При пальце - носовой пробе промахивание как вправо, так и влево. Моторика угловатая, тонкие движения грубы и неуклюжи. Сухожильные рефлексы оживлены с расширением рефлексогенных зон. Резкий и стойкий рефлекторный дермографизм, гипергидроз.

1. Оцените состояние больного (симптомы, синдром, диагноз).
2. Выберите предполагаемую тактику терапии.

Билет № 9

1. Понятие здоровья, нормы и патологии в психиатрии. Факторы риска возникновения психических заболеваний. Психогигиена и психопрофилактика (определение, задачи, значение).
 2. Формы двигательного возбуждения, заболевания, при которых они встречаются. Тактика врача.
 3. В стационаре молодой человек, 26 лет, в состоянии возбуждения, с приподнятостью настроения, неадекватной болтливостью. Признался, что "колется" каким-то наркотиком в течение года. При осмотре: АД 130/90 мм.рт.ст., пульс - 97 уд.в мин. Позднее, находясь в стационаре больной обнаруживал растерянность, недоумение, непонимание ситуации. Стал утверждать, что руки и ноги стали "резиновыми", изгибаются в разных направлениях, голова уменьшилась. В дальнейшем, больной заметил, что палата вначале удлинилась, а затем превратилась в крысину нору. Испытывал страх, тревогу. Объективно: бледность кожных покровов, расширение зрачков, нарушены конвергенция и аккомодация, болевая и тактильная чувствительность понижены, АД - 140/90 мм.рт.ст., пульс- 100 уд. в мин.
1. Оцените состояние больного (симптомы, синдром, диагноз)
 2. Оценка трудоспособности

Билет № 10

1. Наркомании (определение, основные критерии диагноза, вещества, относимые к наркотикам). Профилактика и терапия.
 2. Дифференциальная диагностика состояний мании, эйфории, депрессии и апатии. Характеристика перечисленных синдромов, их диагностическое значение.
 3. Больной 68 лет. Заболевание развивалось постепенно. Стал вялым, потерял интерес к семейным делам. Утратил такт и приличие: будучи в гостях, полез рукой в кастрюлю, пытаясь извлечь кусок мяса. У родных и знакомых таскал всё без разбору (мыло, крупу и т.д.). Не мылся и не брился, отличался непомерной прожорливостью, съедал еду, оставленную для внучки. Почти не разговаривал. На вопросы отвечал или повторением вопроса или Убегу в Америку.
1. Оцените состояние больного (симптомы, синдром, диагноз)
 2. Факторы, влияющие на возникновение подобного расстройства?

Билет № 11

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Семейная медицина»	044/56-9
Ситуационные задачи	8 стр. из 25

1. Расстройства ассоциативного процесса (нарушения процесса мышления). Основные симптомы, их диагностическое значение.
2. Правовые основы психиатрического освидетельствования, добровольной и недобровольной госпитализации. Этические аспекты работы врача психиатра.
3. Обследуемый, 50 лет, слесарь, образование 7 классов. Выпивать стал примерно с 17-18 лет в компании рабочих – “с получки”, обычно 1 бутылка водки на 2-3 человек. Сильно пьянел, иногда рвало.

После службы в армии продолжал работать слесарем на заводе, как и раньше, выпивал “с получки и аванса”. Однако с работой справлялся, замечаний не имел, так как пил в свободные от работы дни и не более 200-250 мл водки. Примерно к 26-27 годам стал выпивать значительно больше, но рвота как раньше не наступала. Почти постоянно стали возникать мысли о выпивке, а при малейших неприятностях тянуло разрядиться с помощью выпивки. К 30-32 годам стал пить по 5-7 дней подряд до 600-800 мл в день. Стал опохмеляться, так как после выпивки на другой день беспокоили слабость, дрожание в руках, головные боли, подавленно-тревожное настроение, предчувствие какого-то несчастья. Часто менял место работы. Семью не завел, сожительствовал с собутыльницами. К 35-36 годам стал выпивать до 1 л. водки в день, употреблял и суррогаты. При возможности мог пить ежедневно до 1 месяца, пропивал вещи. В пьяном виде получил ушиб головы, но к врачам не обращался “отлежался дома”. В пьяном виде становится раздражительным, грубым, конфликтным. Неоднократно попадал в мед.вытрезвитель, получал 5 суток ареста за хулиганство. На другой день после пьянства часто не помнит своих высказываний и поступков, совершенных в пьяном виде накануне. По характеру становится все более раздражительным, вспыльчивым, грубым, эгоистичным, особенно это заметно во взаимоотношениях с родственниками.

В 37 лет на фоне нескольких дней вынужденного воздержания от приема спиртных напитков развилась бессонница, затем возникло неправильное поведение со страхом, тревогой и обманами восприятия – видел страшные физиономии, прыгавших на него крыс и мышей, слышал угрожающие голоса.

1. Оцените состояние больного (симптомы, синдром, диагноз)
2. Оценка трудоспособности

Билет № 12

1. Критерии К.Ясперса для диагностики состояний расстроенного сознания. Синдромы снижения уровня (выключения) сознания, их связь с различными психическими и соматическими заболеваниями.
2. Алкоголизм (определение, критерии диагностики, отличия от бытового пьянства). Течение и прогноз. Абстинентный синдром. Условия и причины его возникновения. Типичные проявления при различных заболеваниях.
3. Обследуемый 38 лет, с детских лет тихий и спокойный по характеру. Рос и воспитывался в детском доме, где в 14 лет начал выпивать под влиянием друзей по 200-250 мл вина. Иногда после этого отмечалась рвота. Хотя не испытывал от выпивок удовольствия, отказаться не мог опасаясь осуждения со стороны товарищей. Своевременно был призван в армию, где при возможности выпивал. После демобилизации работал на стройке и выпивал до 3-4 раз в месяц по 200-300 мл водки или 400-500 мл вина. Рвота после выпивок возникать перестала. Семей не обзавелся, периодически сожительствовал с разными женщинами. Выпивал постоянно. Иногда на другой день не мог вспомнить отдельные моменты предшествующего вечера. Пытался воздерживаться от выпивок, давал обещания друзьям, но выпив одну стопку, не мог потом остановиться. Стал за день выпивать 500-600 мл водки или до 1 л. вина. В пьяном виде становился грубым, раздражительным, конфликтным из-за чего имел замечания на работе. После проблем на работе были попытки воздерживаться от выпивок, которые длились всего 1-1,5 месяцев. В такие моменты чувствовал себя “как не в своей тарелке”. С утра болела голова, долго не мог втянуться в работу. К вечеру “разгуливался” и долго не мог заснуть и рано потом

Кафедра неврологии, психиатрии и психологии	044/56-9
КИС по дисциплине «Психиатрия и наркология в ОВП»	9 стр. из 25

пробуждался. Продолжал, таким образом, пить и обратился за медицинской помощью по настоянию друзей.

1. Оцените состояние больного (симптомы, синдром, диагноз)
2. Оценка трудоспособности

Билет № 13

1. Эмоциональные расстройства в клинике психических заболеваний. Основные симптомы и синдромы, их диагностическое значение. Патологический аффект.
2. Расстройства, специфичные для детского и подросткового возраста. Симптомы, характерные для детского возраста. Синдромы, характерные для подросткового возраста.
3. Больной К., 33 лет, цеховой мастер. Заболевание началось в связи с конфликтами на работе. Стал писать в различные инстанции жалобы на своих сотрудников, обвиняя их в «антигосударственной политике», аморальном поведении и т. п. Возникла мысль, что его жена его до брака была в связи с директором предприятия. Ее влияние на директора таково, что она может решать все вопросы, вплоть до направления сотрудников в заграничные командировки. Вспоминает, как по его просьбе директор вернул в цех нескольких работников, временно переведенных на другую работу. Во время обхода цеха директор подошел к нему и пожал руку. Все это, по убеждению больного, свидетельствует о связи директора с его женой. Боясь разоблачения, директор хочет убрать больного с завода. По его приказу сотрудники «намекают» больному на увольнение, соседи записывают все его разговоры с женой и доносят о них директору, лечащего врача специально неправильно информировали и т. д. Больной весь полон мыслями о «преследовании». Любой разговор сводит на тему о том, какие меры он принял в свою защиту, куда написал. Намерен «влиятельных друзей», без которых он «давно бы был на Колыме». Намерен продолжать борьбу, «разоблачить кого следует».

1. Оцените состояние больного (симптомы, синдром, диагноз)
2. Тактика лечения

Билет № 14

1. Расстройства памяти, основные симптомы, их диагностическое значение. Корсаковский синдром (основные проявления, диагностическое значение, прогноз).
2. Клиника острой алкогольной интоксикации. Степени алкогольного опьянения. Диагностика алкогольного опьянения. Патологическое опьянение, диагностика, судебно-психиатрическая оценка.
3. Обследуемый 50 лет, рабочий. **Психический статус:** в контакт вступает охотно. Склонен к многословности с чертами развязности в поведении. Говорит что выпивает “как все”. Бравирует, что может выпить 1,5 л. водки и даже больше, но «всегда все помнит». Опохмеление отрицает. Жалоб на здоровье никаких не предъявляет. Госпитализацию объясняет тем, что заставила жена, так как пригрозила разводом. В отделении режим не нарушает, выполняет назначения врача. Легко внушаем и легко соглашается на любые предложения. При общении стремится представить себя в лучшем свете, обо всем говорит с легкостью. Обсуждать свою алкоголизацию избегает, объясняя это тем, что не считает лечение серьезной необходимостью.

Соматоневрологический статус: сухожильные рефлексy равномерно оживлены с расширением рефлексогенных зон. Отмечается стойкий красный рефлексорный дермографизм. В легких везикулярное дыхание, тоны сердца чистые, несколько приглушены. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 150/100. Печень увеличена на 1 см.

1. Оцените состояние больного (симптомы, синдром, диагноз)
2. Оценка трудоспособности

Билет № 15

Кафедра неврологии, психиатрии и психологии	044/56-9
КИС по дисциплине «Психиатрия и наркология в ОВП»	10 стр. из 25

1. Понятие интеллекта, его основные составляющие. Способы выявления расстройств интеллекта, типичные задания, используемые в клинической практике. Диагностическое значение различных нарушений интеллекта.

2. Соматические расстройства как симптомы психических заболеваний. Клиника маскированной депрессии.

3. На трамвайной остановке обнаружен 17 – летний подросток без сознания. При осмотре: дыхание угнетено, зрачки «точечные», не реагирует на болевые раздражители, брадикардия. В области локтевых сгибов по ходу вен многочисленные уплотнения и мелкие кровоизлияния в местах.

1. Оцените состояние больного (симптомы, синдром, диагноз)

2. Ваша тактика.

Билет № 16

1. Синдромы помрачения сознания, типичные проявления, динамика, диагностическое значение. Социально-опасное поведение лиц с помрачением сознания.

2. Нарушения физиологических функций (сна, аппетита, сексуальных функций) как проявление психических расстройств. Использование психотерапии и психотропных средств для лечения данных нарушений.

3. Больной Б., 50 лет. В отделении психиатрического стационара держится самоуверенно, говорит в приказном тоне, гневлив, бывает агрессивен. Себя называет «фельдмаршалом», «властителем Мира». Слышит «голоса», доносящиеся из других миров, переговаривается с ними. Заявляет, что он свободно может переноситься на Луну, Юпитер, другие планеты, откуда он управляет Вселенной, движением небесных тел. Часто ощущает запах бензина, спирта, которые ему «подпускают в нос с помощью особой техники». При этом раздражается, требует, чтобы «немедленно прекратили это безобразие». Чувствует, как с помощью аппарата на него действуют «протонами», создают «превратные мысли», «наматывают на мозг», из Лондона действуют с помощью «электронов». При закрытых глазах видит различных животных - рака, скорпиона и т. п. Требует немедленной выписки; хочет ехать в Москву, где ему «дадут столько денег, сколько он захочет». Вместе с тем, при беседе на отвлеченные темы обнаруживает достаточную рассудительность, дает меткие оценки своим сотрудникам, больным в отделении, хорошо разбирается в существе текущих политических событий и т. п.

1. Оцените состояние больного (симптомы, синдром, диагноз)

2. Ваша тактика лечения.

Билет № 17

1. Клинические варианты галлюцинаций, виды галлюцинации, их диагностическое значение. Объективные признаки наличия галлюцинаций.

2. Шизофрения. Основные клинические (синдромальные) формы. Связь между ведущей симптоматикой и прогнозом. Основные типы течения. Признаки, свидетельствующие о благоприятном и неблагоприятном прогнозе при шизофрении.

3. Больная С., 60 лет, пенсионерка. Около 5 лет тому назад однажды поссорилась с соседкой, расстроилась, плакала, ночью плохо спала. Наутро услышала за стеной голоса соседки и ее родственников, которые угрожали убить ее и детей. Появился страх, не могла оставаться дома одна, боялась выходить в общую кухню. С тех пор, в течении 5 лет, почти постоянно слышит те же голоса, которые угрожают больной, приказывают выброситься из окна, называют ее оскорбительными именами. Иногда слышит голос своего сына, который успокаивает больную, советует ей лечиться. Голоса идут из-за стены, из-за окна, и воспринимаются больной как реальная, обычная человеческая речь. В этой речи часто повторяются одни и те же фразы, звучащие в одинаковом тембре, с одними и теми же модуляциями голоса. Иногда слова произносятся ритмично, подобно тиканью часов, в такт с ощущаемой больной пульсацией сосудов. При усилении голосов в тишине, особенно ночью, больная становится тревожной, подбегает к окнам, утверждает, что сейчас убивают ее детей, а она ничем не может им помочь.

O'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра неврологии, психиатрии и психологии КИС по дисциплине «Психиатрия и наркология в ОБП»	044/56-9 11 стр. из 25

В шумной комнате и во время беседы с больной голоса полностью исчезают. Охотно соглашается, что голоса эти имеют болезненное происхождение, но тут же спрашивает, за что соседка хочет ее убить.

1. Оцените состояние больного (симптомы, синдром, диагноз, определите употребляемый наркотик)
2. Ваша тактика лечения.

Билет № 18

1. Бред (определение, клинические формы, диагностическое значение, социально-опасное поведение больных). Сверхценные идеи, их отличие от бреда.
2. Астенический синдром (основные проявления, диагностическое значение, примеры заболеваний, при которых он встречается).
3. Больная К., 17 лет. Болеет с подросткового возраста. Неоднократно лечилась в психиатрической больнице. Данное поступление вновь связано с неправильным поведением, расторможенностью. В отделении больная в присутствии других людей и, особенно врачей-интернов мужского пола, ложится в кровать, задирает хала, голыми ногами болтает в воздухе. В ответ на замечание медсестры дерзко заявляет: «А что тут такого? У меня попка хорошая...Пусть ее все видят!». Постоянно гримасничает, морщит лоб, закрывает глаза, хмурит брови. Внезапно, без видимой причины, раздражается бессмысленным смехом. На свидании с родителями неприветлива, холодна, раздражительна. Принесенные ими продукты тут же съедает, кроме того, пытается выхватить пищу у других больных. При беседе с врачом неоткровенна, на вопросы отвечает формально и уклончиво. Просит отпустить ее домой, но упорства в просьбах о выписке не проявляет, хотя и считает себя психически здоровой. Находясь в больнице более 2-х месяцев, не делает попытки разобраться в причинах стационарирования. Не беспокоится из-за прерывания учебы в колледже: «Ничего нет особенного. Все равно переведут на другой курс». При свидании с родственниками не проявляет никакой радости.

1. Оцените состояние больного (симптомы, синдром, диагноз)
2. Ваша тактика.

Билет № 19

1. Признаки острого и хронического бреда. Синдром острого чувственного бреда, его диагностическое значение, динамика, соответствующая врачебная тактика.
2. Противосудорожные лекарственные препараты. Основные классы, терапевтический диапазон. Побочные эффекты и осложнения. Средства, применяемые для купирования эпилептического статуса
3. Больной Г., 78 лет, пенсионер. В течение двух месяцев находится в психиатрической клинике. Требуется за собой постоянного ухода. Сам не может найти свою палату, садится на чужие койки, при еде неряшлив, неопрятен. Временами бывает благодушен, смеется, глядя на других больных. Однако чаще раздражителен, гневлив, ругается, замахивается на санитарок, медсестер. За время пребывания в больнице не смог запомнить ни своего врача, ни соседей по палате. Приходящих к нему на свидание родственников также не узнает, не хочет разговаривать с ними, цинично бранится и уходит из столовой, забрав с собой принесенные продукты. Иногда больной становится тревожным, что-то ищет под кроватью, связывает постельное белье в узел и садится на него. Со злобой отталкивает от себя врача, заявляет, что все кругом воры, разбойники, он только что снял с себя сапоги, а их украли. Требуется, чтобы позвали «милицию», возбуждается, кричит: «Караул!» Однажды больной был продемонстрирован на лекции студентам. Вот отрывок из записи разговора с ним. — Иван Тимофеевич, сколько Вам лет? — 40, или, может быть, 30. — Так Вы еще молодой человек? — Какой я тебе молодой, отстань, все вы воры, жулики!... — А какой сейчас у нас год? — Наверное, 1961... — Сколько будет, если к 12 прибавить 8? — Наверное, 10. — Иван

O'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра неврологии, психиатрии и психологии КИС по дисциплине «Психиатрия и наркология в ОВП»	044/56-9 12 стр. из 25

Тимофеевич, а где Вы сейчас находитесь? — Я дома, у себя в избе. — Как Вас здесь кормят? — Какое кормят! Трое суток не ел. Весь хлеб украли. Вот только сейчас под лавку положил!...

1. Оцените состояние больного (симптомы, синдром, диагноз)
2. Ваша тактика лечения и методы обследования.

Билет № 20

1. Умственная отсталость (определение, причины возникновения, степени). Проблема социально-трудовой адаптации при олигофрении.
 2. Алкоголизм (определение, типичные проявления, основные синдромы, стадии развития). Основные принципы терапии алкоголизма. Задачи лечения на различных этапах. Конкретные терапевтические методы.
 3. Больной 47 лет, строитель. Злоупотребляет алкоголем 25 лет. Около 15 лет опохмеляется, в последние 10 лет – запои до 7 дней. К настоящему времени перешел на суррогаты, крепленые вина. Изменилось отношение к семье, работе – появились безразличие, эгоистичность. Много лет конфликтные отношения с женой из-за злоупотребления алкоголем, 4 года назад стал замечать, что жена часто уходит из дома, изменила к нему отношение. Настойчиво стал выяснять, где она была, если вовремя не приходила. Ответы жены не удовлетворяли его, перестал ей верить. Стал подозревать, что она ему изменяет, начал следить за ней. Дома возникали частые ссоры. Жена плакала; больной считал, что это подтверждает его подозрения. Требовал от нее признаний, находил доказательства ее неверности – вечером кровать была не заправлена не так, как утром; на белье находил подозрительные пятна. Во время ссор угрожал жене расправой. Дома на стене повесил топор в надежде запугать жену. В последнее время пришел к выводу, что изменяет ему со всеми сослуживцами. После того, как подал на развод, жена сообщила о его поведении в психиатрический диспансер. Психический статус: ориентирован, Подробно рассказывает о поведении жены, непоколебимо убежден, что жена ему изменяет. Чтобы не убить ее и не отвечать за это, считает необходимым развестись. Себя считает здоровым, а поместили его в больницу жена и ее любовники, чтобы «развратничать». После долгих уговоров согласился полечить «нервы». В отделении поведение спокойное, упорядоченное. На свиданиях с женой, если никто не наблюдает, требует от нее признаний, оскорбляет ее, угрожает расправой.
1. Оцените состояние больного (симптомы, синдром, диагноз)
 2. Ваша тактика.

Билет № 21

1. Первая и неотложная помощь больным с психическими нарушениями, основные показания к госпитализации.
2. Шизофрения. Исход шизофрении. Понятие шизофренического дефекта. Методы и принципы реадaptации и реабилитации больных. Возможности лекарственного лечения. Наиболее злокачественные и наиболее благоприятные варианты шизофрении. Возможности адаптации пациентов в обществе. Признаки, определяющие прогноз болезни.
3. Больная А., 42 года. Непрерывно ходит по палате, заламывает руки, плачет навзрыд, кричит, бьет себя кулаками по голове, царапает лицо. Волосы растрепаны, на лице выражение страха и страдания. Разговаривая с врачом, продолжает ходить по кабинету, кусает руки, губы, просит сделать ей «смертельный укол». Неожиданно упала на колени, пыталась целовать ноги врача, умоляя спасти ее семью, которой грозит гибель. Обещает за это любое вознаграждение. Поднятая с пола, сунула в карман врача золотое кольцо, по ее просьбе принесенное дочерью в воскресенье. Выговор, сделанный врачом, принимает как отказ помочь ей. Уговорам не поддается, остается крайне тревожной. Выйдя из кабинета, с громким криком бросилась к окну,

O'ŇTŪSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра неврологии, психиатрии и психологии КИС по дисциплине «Психиатрия и наркология в ОВП»	044/56-9 13 стр. из 25

выбила стекло, нанесла себе ранения осколками. Временное успокоение наступило после внутривенного введения диазепама. Определить синдром и по возможности, заболевание.

1. Оцените состояние больного (симптомы, синдром, диагноз)
2. Ваша тактика.

Билет № 22

1. Факторы, ограничивающие применение психофармакотерапии: типичные побочные эффекты, формирование зависимости, возможность длительного применения различных классов препаратов.

2. Детский аутизм. Клинические проявления, диагностика, лечения, прогноз.

3. Больной З., 17 лет. Отец злоупотреблял алкоголем; злой, раздражительный, грубый. Мать мнительная, чувствительная. Больной — единственный ребенок в семье. В детстве развивался нормально. Учиться начал с 7 лет, зная к этому времени простейшие математические действия, умея читать. Учился охотно, отлично успевая по всем предметам. Всегда был робок, застенчив, обидчив, но обидами ни с кем не делился. Предпочитал уединение с книгой. Нередко родные заставляли его после прочтения очередной книги о чем-то мечтающим, задумчивым. В 9-м классе резко понизилась успеваемость, хотя так же подолгу просиживал за подготовкой к занятиям. Учителя говорили матери, что стал аморфно высказывать свои мысли, отказывался от ответа. Пояснил матери, что не может сосредоточиться, что при подготовке к экзаменам «мысли куда-то уходят, отвлекаются, не может сосредоточиться». Все так же много читал, но круг интересов изменился: стал прочитывать собрания сочинений русских классиков: Ф. М. Достоевского, Л. Н. Толстого, А. П. Чехова, от первого до последнего томов, интересовался библией, философией. Вечерами делал из этих книг какие-то выписки в общую тетрадь, не разрешая читать ее родным. Стал жаловаться на головную боль, быструю утомляемость, колебания настроения без повода и «как бы отдельно от меня». Изменилось отношение к родным: мог накричать на мать, обругать ее, как-то пообещал убить, если она будет мешать ему заниматься изучением классиков. Был направлен на консультацию к психиатру. При беседе сообщил, что стремится разобраться «в целях жизни и предназначении человека». Мир своих переживаний раскрывает неохотно, отрывочно, иногда злобно предлагает «узнать все у мамочки, которая так воспитала». В отделении ни с кем не общается, отказывается от выполнения даваемых ему поручений, от прогулок, объясняя, что не может «растрачивать зря время, данное на познание». Груб с матерью, если она на свидание не принесла очередной том классика, зло требует немедленно разыскать его и тут же принести, отказывается взять у нее передачу, пока она не выполнит его требования. Планы на будущее неопределенны, расплывчаты: «О чем думать, если я еще не закончил познание». От приема лекарств категорически отказывается.

1. Оцените состояние больного (симптомы, синдром, диагноз)
2. Ваша тактика.

Билет № 23

1. Понятие деменции. Клинические варианты приобретенного слабоумия, их дифференциально-диагностическое значение.

2. Антидепрессанты. Основные классы, спектр терапевтической активности, показания, противопоказания, побочные эффекты и осложнения. Нормотимические препараты (соли лития и др.), правила использования.

3. Больной Р., 23 лет. Три года тому назад стал ощущать постоянный неприятный запах от своих ног и из подмышечной области. Затем ему стало казаться, что запах кала, мочи и гнили исходит из половых органов и заднего прохода. Замечал, что будто бы находящиеся рядом с ним люди «поводят носами», отворачиваются. В разговорах окружающих слышались слова: «Запах... Свинья...» Чувствовал себя виноватым, по несколько раз в день мылся, менял белье, но «запах» не исчезал. В связи с этим не мог находиться среди людей, старался быть в одиночестве. Появились мысли о самоубийстве. Все попытки врача убедить больного в том, что

O'ŇTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра неврологии, психиатрии и психологии КИС по дисциплине «Психиатрия и наркология в ОВП»	044/56-9 14 стр. из 25

никто из окружающих не ощущает неприятного запаха, больной встречает с полным недоверием, утверждая, что запах чувствуют все, но хотят это от него скрыть.

1. Оцените состояние больного (симптомы, синдром, диагноз)
2. Ваша тактика обследования и лечения.

Билет № 24

1. Расстройства воли и влечений, их диагностическое значение. Социально-опасное поведение лиц с расстройствами влечений. Апатико-абулический синдром.
2. Методы терапии шизофрении, их эффективность, основные цели лечения. Тактика врача при острых приступах шизофрении и при хроническом непрерывном течении.
3. 32-летний водитель. Доставлен в состоянии острой паники. Во время военных действий перенес тяжелую психическую травму, когда сестру изнасиловали у него на глазах. Был в тюрьме, подвергался жестоким пыткам. После освобождения вернулся на родину, тяжело болел, перенес повторные операции. С тех пор появились ночные кошмары: видел сцены пыток и изнасилования. Это сопровождалось тревогой с пронзительными криками и агрессивным поведением. Настоящее состояние паники возникло после просмотра по телевизору документального фильма о Второй мировой войне. При осмотре: настроение и поведение изменчивы. Возбужден, часто дышит, агрессивен, барабанит в дверь и стены. В следующее мгновение выражение лица становится пустым, выглядит безразличным, жалуется на утрату чувств. Явно находится в отчаянии, заявляет, что не может вынести ужасных воспоминаний. Они посещают его постоянно, вызывая стресс в любой ситуации, — какой либо звук, фотография или рассказ напоминают ему о пережитой травме. Не хочет говорить о происшедшем, избегает всего, что напоминает ему страшные события. Не может вспомнить определенные периоды своих пыток. «Я не могу составить в сознании полную картину, — жаловался он, — до сих пор некоторые образы и звуки не покинули моего сознания». Испытывал чувство вины и стыда после возвращения домой. Квалифицировать состояние.

1. Оцените состояние больного (симптомы, синдром, диагноз)
2. Ваша тактика.

Билет № 25

1. Методы обследования, применяемые в психиатрии. Правила сбора анамнестических сведений, их анализ. Использование лабораторных, инструментальных и психологических методов, их диагностические возможности.
2. Незрелость личности (инфантилизм), характерологические и патохарактерологические реакции.
3. Больная Х., 32 года, работница завода. По характеру вспыльчивая, упрямая, деспотичная, очень мнительная («прыщик на руке вскочит — бегу к врачу, не экзема ли это!»). В анамнезе — гинекологическое заболевание, по поводу которого долго лечилась у специалистов. Однажды, в связи со случайным загрязнением наружных половых органов у больной появилась мысль, что она заразилась сифилисом. Стала ощущать боли во всем теле, ломоту. Казалось, что язык разлагается, нос гниет, на коже появляются красные пятна, которые можно разглядеть лишь «очень острым глазом». Читала руководство по венерическим болезням и нашла у себя все симптомы сифилиса. Врач-венеролог тщательно обследовал больную и категорически отверг этот диагноз. Тогда больная решила, что у нее «латентный сифилис». Сообщила об этом всем своим друзьям — «чтобы не заразить их». Отделилась от мужа, часами кипятила свое белье и посуду. Все попытки разубедить больную оставались тщетными. Больная абсолютно уверена в своей «болезни» и намерена покончить жизнь самоубийством. Все возражения врача и родственников по поводу несостоятельности ее подозрений больная отбрасывает, даже не стараясь вникнуть в их смысл.

1. Оцените состояние больного (симптомы, синдром, диагноз)
2. Ваша тактика.

O'ŇTŪSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра неврологии, психиатрии и психологии КИС по дисциплине «Психиатрия и наркология в ОВП»	044/56-9 15 стр. из 25

Ситуационные задачи для рубежного контроля 1

Задача №1

Больной 57 лет, водитель такси, всегда отличался властным, грубым характером, не допускал никакой инициативы со стороны жены и детей, полностью контролировал расходы денег в семье, был ревнив, многие годы злоупотреблял алкоголем. В течение последнего года резко изменился по характеру: стал благодушен и сентиментален, прекратил активно заботиться об автомобиле, не мог разобраться в мелких поломках, предоставлял любой ремонт сыновьям. Продолжал работать водителем, но разучился ориентироваться в городе, все время спрашивал дорогу у пассажиров. Прекратил употребление спиртного, не вникал в дела семьи и семейный бюджет. Дома ничего не делал, не смотрел телевизор, потому что не понимал смысла передач. В ответ на обращение диктора телевидения «Добрый вечер!» часто отвечал: «И вам добрый вечер!». Стал часто напевать вслух песни, однако не мог вспомнить многих слов и постоянно заменял их бессмысленным «улю-лю», при этом на глазах всегда появлялись слезы. Не понимал, почему родные привели его к врачу, однако совершенно не возражал против госпитализации. В отделении делал нескромные комплименты женщинам-врачам и санитаркам. При компьютерно-томографическом обследовании обнаружены признаки атрофии мозга с преимущественным поражением лобной коры.

Задача №2

Больная 69 лет, с сахарным диабетом и выраженными расстройствами памяти, ярко переживает свою беспомощность: «Ой, доктор, я ведь была учительницей. Меня ученики, раскрыв рот, слушали. А теперь квашня квашней. Что дочка ни скажет — ничего не помню, все записывать приходится. Ноги совсем не ходят, по квартире едва ползаю...». Все это больная произносит, постоянно вытирая глаза. На вопрос врача, кто еще живет вместе с ней в квартире, отвечает: «Ой, у нас полон дом народу! Жаль муж-покойник не дожил. Зять у меня работающий, заботливый. Внучка — разумница: и танцует, и рисует, и английский у нее... А внук на будущий год в институт пойдет — у него школа такая специальная!». Последние фразы больная произносит с торжествующим лицом, но слезы продолжают течь, и она постоянно вытирает их рукой.

Задача №3

Больной 31 года, токарь по профессии, после перенесенного приступа шизофрении оставил работу в цеху, поскольку считал ее слишком тяжелой для себя. Попросил принять его фотографом в городскую газету, так как раньше много занимался фотографией. Однажды по поручению редакции должен был составить репортаж о труде колхозников. Приехал в село в городской обуви и, чтобы не испачкать ботинок, не стал подходить к тракторам в поле, а сделал лишь несколько снимков из автомобиля. Из редакции был уволен за лень и безынициативность. Устраиваться на другую работу не стал. Дома отказывался заниматься какими-либо хозяйственными делами. Прекратил ухаживать за аквариумом, который до болезни смастерил своими руками. Целыми днями лежал в кровати одетый и мечтал о переезде в Америку, где все

O'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра неврологии, психиатрии и психологии КИС по дисциплине «Психиатрия и наркология в ОВП»	044/56-9 16 стр. из 25

легко и доступно. Не возражал, когда родственники обратились к психиатрам с просьбой оформить ему инвалидность.

Задача №4

Больной 36 лет был переведен в психиатрическую больницу из терапевтического отделения, где в течение 2 нед обследовался в связи с постоянными болями в правом подреберье. При обследовании патологии не выявили, однако мужчина уверял, что болен раком, и признался врачу в намерении покончить с собой. Не возражал против перевода в психиатрическую больницу. При поступлении подавлен, на вопросы отвечает односложно; заявляет, что ему «уже все, равно!». В отделении ни с кем не общается, большую часть времени лежит в постели, почти ничего не ест, постоянно жалуется на отсутствие сна, хотя персонал сообщает, что пациент спит каждую ночь, по крайней мере до 5 ч утра. Однажды при утреннем осмотре обнаружена странгуляционная борозда на шее больного. При настойчивом расспросе признался, что утром, когда персонал заснул, он пытался, лежа в постели, задушить себя петлей, связанной из 2 носовых платков. После лечения антидепрессантами исчезли тягостные мысли и все неприятные ощущения в правом подреберье.

Задача №5

Больная 42 лет, страдает с 25 лет приступами неадекватно повышенного настроения, первый из них возник в период обучения в аспирантуре на кафедре политэкономии. К тому времени женщина уже была замужем и имела 5-летнего сына. В состоянии психоза почувствовала себя очень женственной, обвиняла мужа в недостаточно ласковом отношении к ней. Спала не более 4 ч в сутки, с жаром занималась научной работой, мало уделяла внимания сыну и домашним заботам. Почувствовала страстное влечение к своему научному руководителю. Посылала ему по секрету букеты цветов. Посещала все его лекции для студентов. Однажды в присутствии всех сотрудников кафедры на коленях просила его взять ее в жены. Была госпитализирована. По завершении приступа так и не смогла закончить работу над диссертацией. Во время следующего приступа влюбилась в молодого актера. Ходила на все его спектакли, дарила цветы, тайком от мужа приглашала его к себе на дачу. Покупала много вина, чтобы напоить возлюбленного и тем самым преодолеть его сопротивление, сама много и часто выпивала. На недоуменные вопросы мужа с жаром во всем призналась. После госпитализации и лечения вышла замуж за любовника, перешла на работу к нему в театр. В межприступный период спокойна, алкоголь употребляет редко. С теплом отзывается о прежнем муже, немного сожалеет о разводе.

Задача №6

Больной 31 года, страдает психическим заболеванием в течение последних 8 лет. До болезни нормально развивался. Закончил 10 классов школы, служил в армии, работал слесарем на заводе, занимался боксом. Кандидат в мастера спорта. С началом болезни прекратил тренировки, временами застывал в неожиданных позах, перестал следить за собой. Если родные заставляли его помыться, запирался и не выходил из ванной по нескольким часам. Иногда после этого оказывалось, что вымылся недостаточно тщательно. Многократно госпитализировался в различные больницы. Течение заболевания безремиссионное. В настоящее время больной малодоступен. На вопросы либо не отвечает совсем, либо говорит очень тихим шепотом. Целыми днями сидит напротив входа в палату в скованной позе. Ни с кем не общается, не обращается с какими-либо просьбами или вопросами. На лице выражение недоумения, губы вытянуты в трубочку. Мышцы напряжены, наблюдается восковая гибкость. Пассивно подчиняем, безропотно выполняет все команды персонала, ест без посторонней помощи. В ванну заходит самостоятельно, но сам не моется, пока его не искупает санитар. При попытке снизить дозы лекарств наступает обострение, проявляющееся в первую очередь отказом от еды. Дважды за время пребывания в отделении набрасывался на медсестер. Каждый раз такое нападение происходило в самый неожиданный момент без какого-либо повода: пациент, сидевший в своей обычной скованной позе, внезапно вскакивал и бил проходящую мимо

O'ŇTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра неврологии, психиатрии и психологии КИС по дисциплине «Психиатрия и наркология в ОВП»	044/56-9 17 стр. из 25

медсестру точным ударом кулака в глаз, после чего спокойно возвращался в исходное положение.

Задача №7

Больной 31 года, в течение последних 8 лет злоупотребляет алкоголем. Работает стрелком вневедомственной охраны. Ночные дежурства происходят 1 раз в 4 дня. В рабочее время вынужден воздерживаться от приема алкоголя. Однажды вышел на дежурство в состоянии похмелья. К вечеру, когда все сотрудники разошлись по домам, попытался заснуть, однако на душе было тревожно; сон не приходил. Обратил внимание на какие-то посторонние звуки. Стал прислушиваться и понял, что четко слышит шаги и скрип двери. Немедленно разбудил напарника. Вместе обошли все помещения, но пикую не нашли. Сослуживец вновь заснул, а больной не мог успокоиться и вскоре услышал шорох в шкафу. Открыл дверцу и на мешке со старыми бумагами увидел странную голову в шляпе, разрисованным, как у клоуна, лицом, хихикавшую и высовывавшую шик, но ничего не говорившую. Пытался схватить ее руками, но, поднеся руки к лицу, увидел грязную тряпку. Бросил ее и закрыл шкаф. Однако изнутри доносились шелест и голос, звавший его по имени. На этот раз там была голова женщины, плакавшей и жаловавшейся, что ее все обижают. Протянул руку, но голова вдруг растаяла. Удивился, решил, что это ему снится и нужно просто проснуться. Пошел в буфет, чтобы приготовить чай. Включая самовар, заметил, что на него смотрят глаза, потом увидел морщинистую физиономию, длинные седые усы и бороду. Спросил: «Ты что, живой?». Лицо засмеялось. Потребовал от самовара, чтобы он подал какой-нибудь знак. Тот покивал ему носиком. Разбудил сослуживца и стал показывать ему, как самовар качает носиком по его команде. Обиделся, когда напарник заявил, что ничего не видит. Пешил умыться. Открыв дверь туалета, увидел длинный зал, выложенный кафелем. Пол был залит водой, в центре стояло несколько с голов, где люди в испачканных кровью халатах ножами разделявали трупы. Когда больной открывал дверь, все подняли головы и посмотрели в его сторону. Больной в панике бросился убежать.

Задача №8

Больной 30 лет, инженер-радиоэлектронщик, поступил в клинику в состоянии резкой заторможенности. Продуктивного контакта с ним установить не удается: поворачивает голову в сторону собеседника, удивленно смотрит в глаза, но не отвечает. Иногда сам начинает задавать странные вопросы: «Вы настоящие?.. Уже скоро?.. Можно я вам руку поцелую?» В палате ни с кем не общается. Сидит на кровати одетый, временами начинает раскачиваться и мычать. Из анамнеза известно, что около 2 нед назад у больного резко нарушился сон. Настроение было несколько приподнятое, наблюдалась гиперсексуальность. Не давал спать жене, мучал ее рассказами о своих фантастических планах; заявлял ей, что она «какая-то не такая...». Поссорился с тещей, пожаловался жене, что «это все теща виновата...». В конце недели поехал с семьей на дачу. В электричке вел себя странно, требовал, чтобы жена не смотрела на других пассажиров. Внезапно вскочил и выпрыгнул из поезда. На дачу не приехал. Жена возвратилась в город, но дома его не застала. Вернулся ночью сам. На вопросы не отвечал. В таком состоянии был доставлен в психиатрическую больницу. Лечение нейрорептиками в течение 4 дней позволило купировать основные проявления психоза. Начал отвечать на вопросы. Сообщил, что в электричке ему показалось, будто вагон наполнен инопланетянами. Чувствовал их влияние на свой мозг; считал, что они намерены похитить его и отправить в другую Галактику. Не мог точно сообщить, каким путем добрался до дому. Общаясь с женой, не мог понять, она ли это или ее двойник. Помнит беседу с врачами при поступлении, указывает его участников, но утверждает, что при разговоре от них исходил неприятный жгучий свет. Казалось, что находится не в Москве, а на другой планете. После месячного курса стационарного лечения продолжил работать на прежнем месте.

Задача №9

O'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра неврологии, психиатрии и психологии КИС по дисциплине «Психиатрия и наркология в ОВП»	044/56-9 18 стр. из 25

Больной 29 лет, вырос в деревне, работал водителем грузовика. После срочной службы на флоте поселился в Калининграде, начал выпивать. Уволен за пьянство. Вернулся в деревню, где продолжал систематически употреблять алкоголь. Однажды в состоянии опьянения по требованию друзей поехал в город за водкой. Далее ничего не помнит. Как потом узнал от врача, был остановлен сотрудником ГАИ. Набросился на милиционера, нецензурно бранился, лез в драку. Был так агрессивен, что потребовалось участие нескольких милиционеров, чтобы связать и доставить больного в областную психиатрическую больницу. Пришел в себя через 1,5—2 ч, до того как было начато лечение в больнице. Состояние ошибочно расценили как «делирий». Пациента отстранили от вождения автотранспорта, и он стал работать на ферме. По требованию родителей прекратил употребление алкоголя. Однако уже через 3 нед психоз повторился. На этот раз был трезв. Ночью выбежал со страшными криками в одном нижнем белье на улицу. Пытался разломать забор у соседей. Ругался и нападал на тех, кто мешал ему это сделать; бросал отдельные фразы в пустое пространство. Был задержан односельчанами и под конвоем местного участкового милиционера отправлен в психиатрическую больницу. Пришел в себя уже в милицейской машине. При поступлении в больницу ничего не помнил о случившемся; не мог понять, как он оказался раздетым и связанным в машине. Врачами его состояние повторно расценено как алкогольный делирий, хотя больной в течение последних 3 нед алкоголь не употреблял. По собственной инициативе поехал в Москву для обследования и лечения. Помнит, как вышел на вокзале из поезда, далее очнулся на площади перед вокзалом без чемодана и шапки. Окружающие обращали на него внимание и предлагали помощь. В московской клинике были выявлены отчетливые признаки судорожной активности на ЭЭГ. Поставлен диагноз «эпилепсия».

Задача №10

Больной 34 лет с младенческого возраста наблюдается у психиатра в связи с задержкой психического развития и частыми пароксизмально возникающими приступами. Причиной органического порвжения мозга является перенесенный на первом году жизни отогенный менингит. На протяжении всех последних лет припадки возникают по 12—15 раз в день и отличаются стереотипностью проявлений. За несколько секунд до начала пациент может предчувствовать приближение приступа: внезапно он берет себя рукой за правое ухо, другой рукой придерживает живот, через несколько секунд поднимает ее к глазам. На вопросы не отвечает, инструкций врача не выполняет. Через 50—60 с приступ проходит. Больной сообщает, что и это время чувствовал запах гудрона и слышал в правом ухе грубый мужской голос, высказывавший угрозы. Иногда одновременно с этими явлениями возникает зрительный образ — человек белого цвета, черты лица которого рассмотреть не удастся. Пациент довольно подробно описывает болезненные переживания во время приступа, заявляет также, что чувствовал прикосновения врача в момент припадка, однако не слышал обращенной к нему речи.

Задача №11

Больной 32 лет с диагнозом «маниакально-депрессивный психоз», описывая симптомы, типичные для начала депрессивного приступа, отмечает, что первым признаком начала заболевания, как правило, бывает ощущение, что он не чувствует вкуса сигарет, курит без удовольствия. При этом резко снижается аппетит. Даже блюда, которые всегда ел с большим удовольствием, кажутся лишенными явственного вкуса, «как трава». Музыка не вызывает в больном обычного эмоционального отклика, кажется глухой и бесцветной.

Задача №12

Больной 49 лет, перенесший около 10 лет назад травму головы, наряду с жалобами на утомляемость и снижение памяти отмечает крайне неприятные для него ощущения в области лица и верхней половины тела, наблюдающиеся не постоянно, а возникающие периодически. Сначала появляется пощипывание, а затем на лице как бы образуются участки «выгибания и скручивания» в форме буквы «Г». В этот момент на лице больного видно страдальческое

O'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра неврологии, психиатрии и психологии КИС по дисциплине «Психиатрия и наркология в ОВП»	044/56-9 19 стр. из 25

выражение. Однако по прошествии 1—2 мин неприятные ощущения проходят и больной спокойно продолжает беседу с врачом.

Задача №13

Больной 42 лет, многие годы злоупотреблявший алкоголем, в состоянии похмелья чувствовал себя крайне тревожно, никак не мог уснуть, постоянно ходил по комнатам, так как казалось, что в доме кто-то есть. Открыв дверь ванной, четко разглядел стоящего у двери человека с седой бородой в чалме и длинном восточном одеянии. Схватил его, но обнаружил, что держит банный халат. Со злобой бросил его на пол и отправился в спальню. У окна вновь увидел того же восточного человека, бросился к нему, но понял, что это штора. Лег, но не мог уснуть. Заметил, что цветы на обоях стали выпуклыми, начали вырастать из стены.

Задача №14

Больной 68 лет, страдающий эпилепсией с юношеского возраста, постоянно употребляет в речи выражение «душевно-головная система»: «Эти таблетки помогают от душевно-головной системы», «Мне врач для душевно-головной системы посоветовал побольше лежать», «Я теперь все время напеваю, потому что душевно-головная система выздоравливает».

Задача №15

Больной 58 лет с диагнозом «болезнь Пика» отвечает на вопросы врача:

- Как вас зовут? — Никак.
- Сколько вам лет? — Нисколько.
- Кем вы работаете? — Никем.
- А жена у вас есть? — Есть.
- Как ее зовут? — Никак.
- Сколько ей лет? — Нисколько.
- Кем она работают? — Никем...

Ситуационные задачи для рубежного контроля 2

Задача №1

Больной 29 лет с диагнозом «шизофрения» разделяет имеющиеся у него галлюцинации на «объективные» и «субъективные». При просьбе объяснить, что он имеет в виду, заявляет: «Субъекция — это цвет, движение, а объекты — это книги, слона, буквы... Твердые буквы... Я хорошо их себе представляю, потому что у меня был нахлыв энергии...».

Задача №2

Больная 25 лет, рассказывая о своей семье, подчеркивает, что она очень любит мать, которой в настоящее время исполнилось 50 лет и которая выглядит вполне здоровой. Однако больная весьма обеспокоена тем, что мать может заболеть и умереть у нее на глазах, поэтому намеревается убить ее, как только той исполнится 70 лет.

Задача №3

Больной 27 лет, студент, после успешной защиты диплома чувствовал себя напряженным, несобранным, плохо спал. Охотно согласился с советом родителей провести несколько дней на

O'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра неврологии, психиатрии и психологии КИС по дисциплине «Психиатрия и наркология в ОВП»	044/56-9 20 стр. из 25

побережье Черного моря. Вместе с 2 сокурсниками отправился самолетом в Адлер, где они устроились в палатке прямо на берегу моря. Однако в течение следующих 3 дней юноша почти не спал, был тревожен, поссорился с друзьями и решил в одиночестве вернуться в Москву. Уже в самолете он заметил, что пассажиры значительно отличаются от летевших с ним из Москвы: не понимал, что произошло. По дороге из аэропорта заметил коренные перемены, произошедшие за 3 последних дня: везде ощущались разруха, запустение. Был напуган, хотел быстрее добраться до дому, но в метро не мог узнать знакомых станций, запутался в обозначениях, боялся спросить дорогу у пассажиров, потому что они казались какими-то подозрительными. Вынужден был позвонить родителям и попросил их помочь ему добраться до дому. По инициативе родителей обратился в психиатрическую больницу, где в течение месяца получал лечение по поводу острого приступа шизофрении. На фоне проводимого лечения чувство страха быстро уменьшилось, исчезло ощущение подстроенности и неестественности всего происходящего.

Задача №4

Больной 44 лет, инженер, наблюдается психиатрами в течение последних 8 лет в связи с жалобами на угрожающие голоса и впечатление физического дистанционного воздействия. Заболевание началось с ощущения, что у больного снижается работоспособность в собственной квартире. После исследования различных комнат обнаружил ухудшение самочувствия на кухне, длительное пребывание на которой вызывало ощущение, что «луч проникает в мозг». Пытался выяснить, кто живет в соседних квартирах. Вскоре одновременно с действием луча стал слышать в голове оклики по имени, к которым иногда присоединялись оскорбления и короткие угрозы («убьем...», «мы тебя достанем...», «попался...»). Не мог понять, кто его преследует, поскольку голоса были тихие, с неестественным «металлическим» тембром. В милиции ему в помощи отказали. «Понял», что преследование организовано группой милиционеров, выдумавших какой-то специальный прибор. Несмотря на возражение родственников, сменил квартиру на расположенную в другом районе Москвы. Там сначала чувствовал себя спокойно, но «голоса» не возникали, а примерно через 2 нед вновь появились. Пытался уходить от них в лес, где ему было спокойнее. Дома смастерил сетку из проволоки, чтобы экранировать голову от воздействия, но с разочарованием обнаружил, что это не помогает.

Задача №5

Больной 38 лет, длительное время злоупотреблявший алкоголем, на фоне тяжелой абстиненции никак не мог уснуть, ворочался в постели. При попытке заснуть сразу же возникали кошмарные сновидения (больному снилось, что он лежит среди множества змей), заставлявшие его немедленно проснуться. В одно из пробуждений в темноте отчетливо увидел мышь на спинке кровати. Протянул руку и прикоснулся. Мышь была теплая, покрытая мягкой шерсткой, сидела довольно основательно и никуда не убегала. Больной отдернул руку, вскочил с постели, со всей силы ударил по воображаемому животному подушкой. Включив люстру, мыши не нашел. Каких-либо других видений в этот момент уже не было. Лег, попытался уснуть. Позже вновь проснулся и увидел на одеяле маленькое существо с тонкими острыми рожками, худыми ножками с копытами и длинным хвостом. Спросил «бесика», что ему нужно. Тот засмеялся, однако не убежал. Больной пытался схватить его, но не поймал. При включенном свете все видения исчезли. На следующую ночь пациент с признаками острого алкогольного делирия был госпитализирован в психиатрическую больницу.

Задача №6

Больная 82 лет, страдает грубым расстройством памяти, не может читать, потому что не запоминает прочитанного. Прячет от дочери пенсию, постоянно пересчитывает оставшиеся в кошельке деньги, утверждает, что их стало значительно меньше. Каждый раз меняет место кошелька, иногда потом долго не может его найти. Тогда сокрушается, что его «все-таки стащили». В связи с хроническим запором сама варит себе слабительный отвар, не доверяя эту

O'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра неврологии, психиатрии и психологии КИС по дисциплине «Психиатрия и наркология в ОВП»	044/56-9 21 стр. из 25

процедуру никому из родных. Ежедневно проверяет количество отвара в холодильнике, убеждается, что они без спроса отпивают жидкость из ее баночки.

Задача №7

Больной 31 года с 20-летнего возраста страдает психическим заболеванием. При очередном поступлении в больницу утверждает, что он «царь». Не может объяснить, почему пришел к такому выводу: «Не знаю, почему они так решили. Но я думаю, что они хорошо подумали, прежде чем назначить меня. Наверное, я справляюсь!». Недоумевает, почему он должен находиться в психиатрической больнице. Уверяет, что щедро отблагодарит врачей, если они предоставят ему возможность уйти домой, хотя не может назвать источник будущих доходов: «Не знаю, конечно, сколько я смогу вам заплатить, но ведь царь-это человек не бедный...». В отделении спокоен, соблюдает режим, охотно принимает лекарства.

Задача №8

Юноша 16 лет, выглядит моложе своего возраста. Всегда развивался со значительным отставанием, в школе был постоянным предметом насмешек соучеников, не смог окончить 8 классов средней школы, по инициативе родителей поступил в ПТУ. Однако учиться не мог: на занятиях не понимал объяснений преподавателя, легко отвлекался, не запоминал прочитанного. Заявил родителям, что не будет ходить в ПТУ, также отказывался устраиваться на малоквалифицированную работу. Врачам так объясняет свой отказ: «Я же не дурак – я умный! У меня в голове много нервных клеток! Клетки растут и мне думать мешают! Вот вырастут клетки – я тогда учиться пойду! А дворником мне зачем работать? Разве дворники умные».

Задача №9

Больной 49 лет, страдающий хроническим психическим заболеванием с 25-летнего возраста, утверждает, что является одновременно Пушкиным, Лермонтовым и Есениным. Эта мысль пришла к нему тогда, когда он на фоне возникшего заболевания заинтересовался поэзией и решил перечитать стихи, которые изучал в школе. При чтении сразу «почувствовал собственную мысль», поскольку все было знакомо. Он даже мог закрыть глаза и продолжать декламировать написанное в книге. Это привело к мысли, что он современное воплощение давно умерших поэтов.

Задача №10

У больного 49 лет, длительное время злоупотреблявшего алкоголем, после перенесенной белой горячки возникли грубые расстройства памяти. Не мог вспомнить ничего из произошедшего с начала болезни; забыл и многие факты, предшествовавшие возникновению психоза, в частности то, что около года назад развелся с женой, которая не в силах была терпеть пьянство. Навещавшую его в больнице бывшую супругу всегда ревновал, упрекал в том, что она редко приходит. Когда жена указывала на продукты, оставшиеся от прошлого посещения, заявлял, что это ему «местные ребята собрали кто-что мог». Первое время не ориентировался в больничных помещениях, заходил в чужие палаты. По прошествии 2 мес привык к условиям отделения, запомнил имя лечащего врача. Выходил подметать двор с другими больными. Тут же потерял дорогу. В течении 3 ч ходил по улице, пытаясь найти обратный путь. Стеснялся спросить дорогу у окружающих, так как понимал, что находится очень близко от больницы.

Задача №11

Больной 37 лет наблюдается врачами с младенческого возраста в связи с резким отставанием в психическом развитии. Причина органического поражения мозга не установлена, однако с раннего детства отмечался задержка в формировании двигательных навыков. Начал ходить в 2 года. Воспитывался в семье. Первые слова произнес в 4-летнем возрасте. Полноценная фразовая речь не сформирована к настоящему моменту. В школу никогда не ходил. Был очень привязан к родителям, называл их по имени. Пубертатный период наблюдался в возрасте 15-16 лет. В это время стал неуправляем: оставаясь наедине с матерью, рвал на себе одежду, разбрасывал вещи, кричал. С 17-летнего возраста почти постоянно находится в психиатрических больницах. Речь состоит из перечисления имен и названий

OŃTÚSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра неврологии, психиатрии и психологии КИС по дисциплине «Психиатрия и наркология в ОВП»	044/56-9 22 стр. из 25

предметов. Может указать назначение некоторых инструментов. Рисовать не умеет. Знает по именам всех врачей и медсестер отделения. Стереотипно повторяет обрывки вопросов врачей, бранные слова, услышанные от других больных. Знает слова «один», «два», «три», но не понимает их смысла и не может перечислить по порядку. Ест самостоятельно, одевается без помощи персонала, но поддерживать одежду в порядке не умеет.

Задача №12

Больной с диагнозом «маниакально- депрессивный психоз», встречая утром врача, бросается к нему, начиная разговор с комплементов: «Прекрасно выглядите, доктор, и рубашка что надо! Я вам, доктор, галстук хороший подарю и шапку норковую. У меня ведь сестра в универмаге работает. Вы на Пресне в универмаге были, на четвертом этаже? Знаете, какие там этажи высокие? Как войду, так сердце колотится. А мне электрокардиограмму сделать можно? Нет! Чего зря вас мучить? Мне выписываться пора. Я так то здоровый. В армии штангой занимался. А в школе в ансамбле танцевал. А вы, доктор, балет любите? Я вам билет на балеты подарю! У меня везде связи есть... ».

Задача №13

Больной эпилепсией отвечает на вопрос врача, что он помнит о последнем припадке: «Ну, был там один как то приступ. Ну, я на даче у себя там, огород хороший скопали. Как говорится, может, от усталости. Ну, и было там... Ну, я так о приступе фактический ничего не знаю. Родные и близкие сказали. Ну, и говорят, что, мол, был приступ... Ну, как говорится, брат еще жив был, он тут тоже вот умер от инфаркта... Он мне сказал, еще пока жив то был. Говорит: «Ну я тебя тащил». Этот племянничек там... Мужики тащили меня на койку. А я без того, без сознания был».

Задача №14

Больной шизофренией рассказывает о себе: «Кем я только не работал! Я и санитаром могу, и строчка ровная получается. Еще мальчиком, бывало, стульчик мастерил и с профессором Банщиковым вместе обходы делали. Все вот так сидят, а я говорю, и конгруэнтно все получается. А потом в мавзолее все таскали тюки, тяжелые такие. Я в гробу лежу, руки вот так держу, а они все таскают и складывают. Все говорят: Мол, за граница нам поможет, а я и здесь работать акушером могу. Столько лет уже в парке Горького роды принимаю... Ну, там мальчики, девочки... Плодики вынимаем и складываем. А то, что повара делают, это тоже нужно, ведь наука – это величайший путь к прогрессу... »

Задача №15

Больной 28 лет страдает психическим заболеванием с 16 лет, не работает, инвалид второй группы. Предъявляет врачам жалобы на психомоторную импотенцию. Появление этого симптома объясняет воздействием на него со стороны группы работников КГБ с помощью «радиоэлектронного устройства, состоящего из регистра и излучателя». Убежден, что данный прибор может влиять практически на все психические и физиологические процессы в его теле: управлять движениями, учащать пульс, вызывать в руках ощущение горячих предметов и даже ожог. Постоянно слышит в голове голоса преследователей, которые якобы вместе с ним разрабатывают план поимки опасного преступника Семенихина. Предоставленный сам себе, все время в слух переговаривается с «голосами». Убежден, что потемнение в глазах, возникшее на фоне инсулинокоматозной терапии, тоже вызван действием устройства.

O'ŇTÜSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра неврологии, психиатрии и психологии КИС по дисциплине «Психиатрия и наркология в ОВП»	044/56-9 23 стр. из 25

Перечень практических навыков по дисциплине Оценка практических навыков интерна

1. Анализ спонтанной ЭЭГ.

- Выявляется основной, преобладающий ритм биоэлектрической активности (у большинства здоровых взрослых людей и подростков – это альфа-ритм).
- Изучается симметричность электрических потенциалов нервных клеток, регистрируемых с левого и правого полушарий головного мозга.
- Анализируются имеющиеся на ЭЭГ патологические ритмы, например, дельта и тета-ритм у взрослых в состоянии бодрствования.
- Проверяется регулярность биоэлектрической активности, амплитуда ритмов
- Выявляется пароксизмальная активность на электроэнцефалограмме, наличие острых волн, пиков, спайк-волн.
- При отсутствии патологических изменений на фоновой энцефалограмме проводятся функциональные тесты (фотостимуляция, гипервентиляция и др.), повторная регистрация электрических потенциалов головного мозга и расшифровка ЭЭГ.

2. Проведение электросудорожной терапии.

Определяются показания к проведению электросудорожной терапии:

- Кататоническая шизофрения.
- Шизофрения резистентная к фармакологической терапии.
- Депрессия резистентная к фармакологической терапии.

Перед проведением процедуры пациенту вводится миорелаксант для предотвращения побочных эффектов. Пациенту битемпорально накладываются электроды, подается ток напряжением 80-120 вольт длительностью 0,3-0,8 секунд, в результате чего развивается типичный эпилептиформный припадок с развитием ретроградной и антероградной амнезией. Курс лечения 4-8 сеансов в промежутками 3-4 дня.

3. Определение острой алкогольной интоксикации (постановление №497, приложение 1).

Определяются показания к проведению освидетельствования физических лиц на предмет выявления состояния алкогольного опьянения в соответствии с Перечнем действий и признаков, наличие которых является достаточным основанием полагать, что физическое лицо, в отношении которого ведется административный процесс, находится в состоянии алкогольной интоксикации:

- Заявление физического лица, в отношении которого ведется административный процесс.
- Заявление иного физического лица о потреблении физическим лицом, в отношении которого ведется административный процесс.
- Сообщение должностного лица о потреблении физическим лицом, в отношении которого ведется административный процесс.
- Признание физического лица, в отношении которого ведется административный процесс.
- Запах алкоголя изо рта.
- Затруднения при сохранении равновесия.

O'ŇTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
Кафедра неврологии, психиатрии и психологии КИС по дисциплине «Психиатрия и наркология в ОВП»	044/56-9 24 стр. из 25

- Нарушения речи.
- Выраженное изменение окраски кожных покровов лица.
- Покраснение глаз, сужение или расширение зрачков глаз.
- Шатающаяся походка.
- Спонтанные движения глаз в горизонтальном направлении при их крайнем отведении в сторону (нистагм).

4. Метод определения симптома Липмана.

При подозрении на состояние алкогольного делирия пациенту оказывается равномерное надавливание на глазные яблоки, в результате чего усиливаются зрительные галлюцинации.

5. Метод определения симптома Ашаффенбурга.

При подозрении на состояние алкогольного делирия пациенту дается императивная инструкция говорить по отключенному телефону, в результате у пациента появляются слуховые галлюцинации, на фоне повышенной внушаемости.

6. Метод определения симптома Рейхарта.

При подозрении на состояние алкогольного делирия перед пациентом устанавливается чистый лист бумаги и императивного дается инструкция читать написанное, в результате у пациента появляются зрительные галлюцинации, на фоне повышенной внушаемости.

7. Предупреждение суицидальных действий.

- Контроль за приёмом препаратов. В случае выявления накопления препаратов пациентами или при выявлении случаев, когда пациенты умышленно не проглатывают таблетированные формы лекарств – перевод на инъекции или сиропы.

- В ходе беседы распознаются у человека тенденции, намерения или риск к совершению суицида;

- Осуществляется ограничение возможности осуществления суицидальных действий (обеспечивается постоянное наблюдение, исключаются предметы которыми возможно причинение самоповреждения посредством удушения или порезов)

- Потенциальный суицидент направляется к соответствующему специалисту (психологам, врачам-психотерапевтам и психиатрам наркологами) и осуществляется психокоррекционная или фармакологическая помощь в зависимости от этиологии суицидальных тенденций и намерений.

- Обеспечить невозможность падений с высоты.
- Не позволять пациенту накрываться одеялом с головой.
- Отламывать фильтры с сигарет.

8. Проведение психиатрического интервьюирования.

Представившись, объясните, кто вы такой и какая цель вашей с пациентом беседы, объясните последствия интервью в соответствии с современным законодательством. Если присутствуют родственники — поинтересуйтесь, нет ли сведений, которые вам следовало бы узнать до начала интервьюирования. С взрослым пациентом, интервьюирование проводится наедине. Охарактеризуйте цель предстоящего собеседования. Предупредите, что по ходу его вам придется вести записи, и заверьте, что они останутся полностью конфиденциальными. Однако если речь идет об освидетельствовании в рамках судебно-медицинской экспертизы, то следует ясно заявить, что все сказанное в ходе собеседования вы обязаны включить в отчет, который будет доступен другим лицам или представлен на рассмотрение суда при этом нужно взять у пациента согласие в письменной форме. Скажите заранее, сколько времени (предположительно) займет беседа. В первую очередь рассматриваются предъявляемые в настоящее время жалобы, история развития имеющихся симптомов и истории жизни. Субъективный анамнез может при необходимости дополняться сведениями полученными от других источников: со слов родственников, выписки из медицинских документов, данные полученные от сотрудников РОВД, органов опеки и попечительства, данным с места работы или учебы. Собрав анамнез, проводится исследование психического статуса пациента.

9. Проведение теста Фольштейна.

Проводится оценка выполнения инструкций:

Проба	Оценка
1. Ориентировка во времени: Назовите дату (число, месяц, год, день недели, время года)	0 - 5
2. Ориентировка в месте: Где мы находимся? (страна, область, город, клиника, этаж)	0 - 5
3. Восприятие: Повторите три слова: карандаш, дом, копейка	0 - 3
4. Концентрация внимания и счет: Серийный счет ("от 100 отнять 7") - пять раз либо: Произнесите слово "земля" наоборот	0 - 5
5. Память: Припомните 3 слова (см. пункт 3)	0 - 3
6. Речь: Показываем ручку и часы, спрашиваем: "как это называется?" Просим повторить предложение: "Никаких если, и или но"	0 - 3
Выполнение 3-этапной команды: "Возьмите правой рукой лист бумаги, сложите его вдвое и положите на стол"	0 - 3
Чтение: "Прочтите и выполните" 1. Закройте глаза 2. Напишите предложение	0 - 2
3. Срисуйте рисунок (Приложение 1) (Два соприкасающихся пятиугольника)	0 - 1
Общий балл:	0-30

10. Методы преодоления нон-комплаенса.

Уровень комплаентности к лечению выявляется посредством:

А. Прямого вопроса об отношении к лечению и приему лекарственных средств.

В. Счета препаратов, определения узнавания цвета и формы лекарственного средства, подсчета пустых упаковок врачом или родственниками.

С. Измерения концентрации препарата в организме.

Для установления комплаенса в лечении учитываются следующие рекомендации:

- Четко озвучивать цели лечения.
- Обращать внимание на образ жизни пациента.
- Попытаться привлечь пациента к созданию плана лечения.
- Обсуждать вероятность побочных эффектов.
- Назначать фиксированные комбинации и ретардные формы.
- Объяснить пациенту методику — как не забывать принять таблетки ежедневно.
- Выдавать рекомендации в читабельном виде.

Учитывать финансовые возможности пациента.