Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Научный центр психического здоровья»
Отдел непрерывного образования и профессионального развития

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат: 025EBCDA0086B37190441EA01429896C12
Владелец: Чайка Юлия Александровна
Действителен: с 30.10.2025 до 30.01.2027

СОГЛАСОВАНО
Заместитель директора
по научно-организационной
деятельности
_____ В.Г. Каледа

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Специальность
31.08.20 Психиатрия

Направленность (профиль) программы
Психиатрия

Уровень высшего образования
подготовка кадров высшей квалификации

Москва, 2026 г.

Программа государственной итоговой аттестации разработана в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.20 Психиатрия (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утверждённым приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 16.10.2023 г. № 981, научно-педагогическими работниками отдела непрерывного образования и профессионального развития и (или) иными работниками ФГБНУ НЦПЗ:

1) Чайка Юлия Александровна, профессор отдела непрерывного образования и профессионального развития ФГБНУ НЦПЗ, д.м.н.
2) Каледа Василий Глебович, заместитель директора по научно-организационной деятельности, заведующий отделом юношеской психиатрии, д.м.н, профессор.
3) Олейчик Игорь Валентинович, профессор отдела непрерывного образования и профессионального развития ФГБНУ НЦПЗ, заведующий отделом по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний, д.м.н.
4) Баранов Петр Александрович, ведущий научный сотрудник отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний, к.м.н.
5) Колыхалов Игорь Владимирович, профессор отдела непрерывного образования и профессионального развития ФГБНУ НЦПЗ, заведующий отделом гериатрической психиатрии, д.м.н.
6) Морозова Маргарита Алексеевна, руководитель лаборатории психофармакологии ФГБНУ НЦПЗ, главный научный сотрудник, д.м.н,
7) Горюнов Александр Владимирович, заведующий отделом психиатрии детского возраста Института детской психиатрии ФГБНУ НЦПЗ, д.м.н.
8) Попович Ульяна Олеговна, ведущий научный сотрудник отдела юношеской психиатрии, к.м.н.
9) Лебедева Ирина Сергеевна, заведующая лабораторией нейровизуализации и мультимодального анализа, д.б.н.

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. Цель и задачи государственной итоговой аттестации.....4
2. Объем государственной итоговой аттестации, ее структура и содержание 8
3. Описание критериев и шкал оценивания компетенций 36
4. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации.....37

1. Цель и задачи государственной итоговой аттестации

Цель государственной итоговой аттестации

Проведение оценки качества подготовки обучающихся посредством оценки готовности выпускника к решению задач профессиональной деятельности в областях и сферах деятельности, заявленных в программе ординатуры по специальности 31.08.20 Психиатрия.

Задачи государственной итоговой аттестации

Оценка уровня сформированности универсальных и общепрофессиональных компетенций, определенных федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (далее – ФГОС ВО), а также профессиональных компетенций, установленных ФГБНУ НЦПЗ самостоятельно на основе требований профессионального стандарта (проект Приказа Минтруда России от 25.10.2024 «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-психиатр») и требований к профессиональным компетенциям, предъявляемых к выпускникам на рынке труда, обобщения отечественного и зарубежного опыта, проведения консультаций с ведущими работодателями, объединениями работодателей отрасли, в которой востребованы выпускники, иных источников.

Принятие решения о выдаче обучающемуся диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации Врач-психиатр – в случае успешного прохождения государственной итоговой аттестации или об отчислении обучающегося из ФГБНУ НЦПЗ с выдачей справки об обучении как не выполнившего обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана – в случае неявки или получении неудовлетворительной оценки.

Результаты освоения программы ординатуры (компетенции и индикаторы их достижения), проверяемые в ходе государственной итоговой аттестации

В ходе государственной итоговой аттестации обучающийся должен продемонстрировать сформированность следующих, установленных в программе ординатуры универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций:

Универсальные компетенции и индикаторы их достижения

Таблица 1

Наименование категории (группы) универсальных компетенций	Код и наименование универсальной компетенции выпускника	Индикаторы достижения универсальных компетенций
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	УК-1.1. Анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте УК-1.2. Анализирует явления и процессы, связанные между собой или вытекающие один из другого УК-1.3. Определяет возможности и способы применения современных достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте
Разработка и реализация проектов	УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	УК-2.1. Выявляет потребности, генерирует новые идеи, предлагает и обосновывает возможные решения практических (научных) задач в рамках планирования и реализации проекта

		УК-2.2. Осуществляет мониторинг реализации проекта, управляет им
Командная работа и лидерство	УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	УК-3.1. Разрабатывает командную стратегию для достижения целей организации, организует и руководит работой команды УК-3.2. Обеспечивает создание недискриминационной среды взаимодействия при выполнении профессиональных задач
Коммуникация	УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	УК-4.1. Аргументированно и конструктивно отстаивает свои позиции и идеи в академических и профессиональных дискуссиях УК-4.2. Выстраивает социальное и профессиональное взаимодействие с учетом особенностей основных форм научного и религиозного сознания, деловой и общей культуры представителей других этносов и конфессий, различных социальных групп
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	УК-5.1. Определяет приоритеты профессионального роста и способы совершенствования собственной деятельности УК-5.2. Выстраивает профессиональную траекторию, используя инструменты непрерывного образования, с учетом накопленного опыта профессиональной деятельности и динамично изменяющихся требований рынка труда

Общепрофессиональные компетенции и индикаторы их достижения

Таблица 2

Наименование категории (группы) общепрофессиональных компетенций	Код и наименование общепрофессиональной компетенции выпускника	Индикаторы достижения общепрофессиональных компетенций
Деятельность в сфере информационных технологий	ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности	ОПК-1.1. Использует информационные технологии, телемедицину и цифровые инструменты в профессиональной деятельности ОПК-1.2. Соблюдает правила информационной безопасности и цифровой этики
Организационно-управленческая деятельность	ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	ОПК-2.1. Применяет современные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан с использованием медико-статистических показателей для оценки здоровья населения ОПК-2.2. Осуществляет оценку качества и безопасности медицинской деятельности с использованием медико-статистических показателей

Педагогическая деятельность	ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность	ОПК-3.1. Осуществляет обучение и воспитание, оценку качества подготовки обучающихся ОПК-3.2. Применяет современные образовательные технологии профессионального образования
Медицинская деятельность	ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	ОПК-4.1. Проводит клиническую диагностику и обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями ОПК-4.2. Направляет пациентов на лабораторные и инструментальные обследования
	ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	ОПК-5.1. Назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях ОПК-5.2. Контролирует эффективность и безопасность назначенного лечения
	ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	ОПК-6.1. Назначает мероприятия по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях ОПК-6.2. Проводит и контролирует эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях
	ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	ОПК-7.1. Направляет пациентов на медицинскую экспертизу ОПК-7.2. Организует, контролирует и проводит медицинскую экспертизу
	ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	ОПК-8.1. Проводит разъяснительную работу по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения ОПК-8.2. Оценивает и контролирует эффективность профилактической работы с населением
	ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	ОПК-9.1. Осуществляет анализ медико-статистических информации, ведет медицинскую документацию ОПК-9.2. Организует и контролирует соблюдение этических норм поведения медицинских работников при выполнении своих профессиональных обязанностей в отношении пациентов
	ОПК-10. Способен оказывать медицинскую помощь в экстренной и неотложной формах	ОПК-10.1. Оценивает состояния пациентов ОПК-10.2. Оказывает неотложную медицинскую помощь в экстренной и неотложной формах

Профессиональные компетенции и индикаторы их достижения

Таблица 3

Наименование категории (группы) профессиональных компетенций	Код и наименование профессиональной компетенции выпускника	Индикаторы достижения профессиональных компетенций	Основание установления профессиональной компетенции
Медицинская деятельность в сфере психиатрии	ПК-1. Способен осуществлять медицинскую деятельность в сфере психиатрии	ПК-1.1. Проводит диагностику психических расстройств и расстройств поведения ПК-1.2. Назначает и проводит лечение пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения, контролирует его эффективность и безопасность ПК-1.3. Проводит и контролирует эффективность медицинской реабилитации пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения, в том числе, при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов ПК-1.4. Проводит медицинские освидетельствования, медицинские экспертизы и медицинские осмотры ПК-1.5. Проводит и контролирует эффективность мероприятий по профилактике, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения ПК-1.6. Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме пациентам с психическими расстройствами и расстройствами поведения	Проект Приказа Минтруда России от 25.10.2024 «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-психиатр». Анализ требований к профессиональным компетенциям, предъявляемых к выпускникам на рынке труда, обобщения отечественного и зарубежного опыта, проведения консультаций с ведущими работодателями, объединениями работодателей отрасли, в которой востребованы выпускники
	ПК-2. Способен проводить судебно-психиатрическую экспертизу	ПК-2.1. Проводит диагностику психического расстройства и его нозологической принадлежности ПК-2.2. Проводит судебно-психиатрическую оценку выявленного психического расстройства с целью решения экспертных вопросов ПК-2.3. Подготавливает заключения, содержащие ответы на вопросы, поставленные судьей, судом, лицом, производящим дознание,	

		следователем	
Организационно-управленческая деятельность	ПК-3. Способен осуществлять административно-управленческую и офисную деятельность в здравоохранении	ПК-3.1. Проводит анализ медико-статистической информации для оценки здоровья населения, ведет медицинскую документацию ПК-3.2. Организует деятельность находящихся в распоряжении медицинских работников	Анализ требований к профессиональным компетенциям, предъявляемых к выпускникам на рынке труда, обобщения отечественного и зарубежного опыта, проведения консультаций с ведущими работодателями, объединениями работодателей отрасли, в которой востребованы выпускники
Научно-исследовательская деятельность	ПК-4. Способен осуществлять самостоятельное решение исследовательских задач в рамках реализации научного, прикладного или клинического проекта	ПК-4.1. Проводит исследования, направленные на решение отдельных исследовательских задач ПК-4.2. Определяет способы практического использования научных результатов	Обобщение отечественного и зарубежного опыта

2. Объем государственной итоговой аттестации, ее структура и содержание

В соответствие с требованием ФГОС ВО государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена.

Объем государственной итоговой аттестации

Объем государственной итоговой аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену, 1 зачетная единица (36 академических часов) – сдачу государственного экзамена.

Продолжительность государственной итоговой аттестации в соответствии с календарным учебным графиком составляет 2 недели.

Структура государственной итоговой аттестации

Государственный экзамен проводится в три этапа

1 этап – тестирование

Проводится с целью определения объема и качества теоретических знаний, приобретенных обучающимся в результате освоения программы ординатуры.

Тестовые вопросы охватывают содержание пройденных дисциплин (модулей) учебного плана.

Обучающийся отвечает на 60 вопросов.

На тестирование отводится 60 минут.

Тестирование проводится в аудиториях ФГБНУ НЦПЗ в соответствии с расписанием.

Подготовку рекомендуется проводить, как посредством устного повторения материала пройденных дисциплин (модулей) с использованием собственных конспектов, литературы и т.д., так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.

2 этап – оценка практических навыков и умений

Проводится с целью определения объема и качества практических навыков и умений, приобретенных обучающимся в результате освоения программы ординатуры.

Обучающему предлагается продемонстрировать навык решения предложенной ситуационной задачи.

На проверку практических навыков и умений отводится 45 минут.

Проверка практических навыков проводится в аудиториях ФГБНУ НЦПЗ.

Подготовку рекомендуется проводить посредством повторения материала пройденных дисциплин (модулей) в части практических умений и навыков, полученных на семинарских (практических) занятиях и прохождения практической подготовки (в виде решения ситуационных задач, а также в виде решения профессиональных задач в реальных условиях, повторение зафиксированного материала в дневнике и отчете о прохождении практики).

3 этап – итоговое собеседование

Проводится с целью определения объема и качества профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать решения.

Итоговое собеседование включает в себя ответ на три теоретических вопроса.

В процессе собеседования обучающемуся задаются уточняющие или дополнительные (не включённые в билет) вопросы по программе государственного экзамена.

На собеседование отводится 45 минут.

Собеседование проводится в аудиториях ФГБНУ НЦПЗ.

Подготовку рекомендуется проводить посредством повторения пройденного материала в период изучения дисциплин (модулей) и прохождения практической подготовки.

Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена (далее – предэкзаменационная консультация).

Консультации предназначены для обсуждения вопросов, выносимых на государственный экзамен, которые вызвали затруднение при подготовке. В силу этого на консультацию рекомендуется приходить, изучив материал в полном объеме и сформулировав вопросы преподавателю.

Содержание государственной итоговой аттестации

Перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен

Тестирование (1 этап)

1. Галлюцинации – это:

А) ошибочные суждения, возникшие на болезненной основе и неподдающиеся коррекции

Б) восприятие без объекта

В) рассуждения, лишенные познавательного смысла (бесплодное мудрствование)

Г) искаженное восприятие отдельных свойств предметов и явлений

Д) все верно

2. Бред – это:

А) ошибочные суждения, возникшие на болезненной основе и неподдающиеся коррекции

Б) патологически актуализировавшиеся представления, принявшие интенсивность восприятия для больного

В) рассуждения, лишенные познавательного смысла (бесплодное мудрствование)

Г) искаженное восприятие отдельных свойств предметов и явлений

Д) все верно

3. Для синдрома кандинского – клерамбо наиболее характерно:

А) сценоподобные зрительные галлюцинации.

Б) псевдогаллюцинации.

В) конфабуляции

Г) прогрессирующая амнезия
Д) верно б и в

4. Для кататонического синдрома наиболее характерно:
А) сценоподобные зрительные галлюцинации
Б) стереотипии
В) конфабуляции
Г) прогрессирующая амнезия
Д) бред преследования

5. Для маниакального синдрома характерно все, кроме:
А) эйфория
Б) фобии
В) бред величия
Г) психомоторное возбуждение
Д) ассоциативное ускорение

6. Что из числа ниже перечисленного, несомненно свидетельствует о депрессивном синдроме?
А) бред воздействия, сниженное настроение
Б) тоска, психомоторная заторможенность, идеи самоуничижения
В) психические автоматизмы, суицидальные мысли
Г) навязчивые сомнения, двигательная заторможенность
Д) все верно

7. Псевдогаллюцинации наблюдаются в структуре одного из указанных ниже синдромов. Определите его.
А) делирий
Б) астенический синдром
В) истерический синдром
Г) сопор
Д) синдром кандинского-клерамбо

8. К синдромам помраченного сознания относятся все, кроме:
А) делириозный синдром
Б) аментивный синдром
В) сумеречный синдром
Г) онейроидный синдром
Д) истерический синдром.

9. Для депрессивного синдрома характерно:
А) бред самоуничижения
Б) бред величия
В) псевдогаллюцинации
Г) витальная тоска
Д) верно а и г

10. Какая клиническая картина характерна для кататонического возбуждения?

А) дурашливо-патетическое, нарочитое, нелепое поведение с двигательными расстройствами типа кривляний, манерностью, эхопраксией. Речь с дурашливыми интонациями, эхолалией

Б) нелепое стереотипное возбуждение, сопровождающееся бессмысленной яростью, самоповреждениями, негативизмом. Речь с элементами эхолалии и стереотипными оборотами

В) нелепое разрушительное агрессивное возбуждение с тяжелыми повреждениями окружающих вплоть до убийства. Речь бессвязна. Аффект злобы, страха, дисфория, реже – экстаз

Г) ничего из перечисленного

Д) всё верно

11. Для парафренного синдрома характерно:

А) бред самоуничижения.

Б) сочетание бреда величия и бреда воздействия

В) сочетание психомоторного возбуждения и бреда величия

Г) бред обыденных отношений.

Д) верно б и в

12. Укажите психотический синдром из числа перечисленных ниже.

А) обсессивный синдром

Б) психопатический синдром

В) делириозный синдром

Г) истерический синдром

Д) все вышеперечисленные

13. При делирии преобладают:

А) наплыв фантастических представлений

Б) обилие зрительных галлюцинаций

В) ощущение перемещения в пространстве

Г) явления астазии-абазии

Д) бредовые идеи величия

14. Резонерство – это:

А) склонность к детализации при вязком обстоятельном мышлении

Б) особенность мышления, при котором предложения построены грамматически

Правильно, но нет логической связи между словами

В) бесплодное мудрствование, больной знаком с понятиями высшего порядка, но конструктивно оперировать ими не может

Г) мышление не подчиняется законам логики и общества, опора делается на случайный малозначимый признак

Д) все верно

15. Укажите симптом, не относящийся к эпилептическим расстройствам.

А) аура

Б) сумеречное расстройство сознания

В) тонические судороги

Г) резонерство

Д) клонические судороги

16. Что из нижеперечисленного относится к сенестопатиям?

А) тягостные ощущения, не всегда имеющие четкую локализацию.

Б) искаженное восприятие отдельных свойств предметов и явлений.

В) отсутствие чувствительности.

Г) нарушение чувственной окраски восприятия окружающего.

Д) неприятные ощущения, ассоциированные с зоной иннервации.

17. При каком из нижеперечисленных синдромов наблюдаются псевдореминисценции?

А) невротический синдром.

Б) галлюцинаторно-параноидный синдром.

В) деменция.

Г) ни то, ни другое

Д) всё перечисленное верно

18. При каком из нижеперечисленных синдромов наблюдается раздражительная слабость?

А) астенический синдром.

Б) галлюцинаторно-параноидный синдром.

В) деменция.

Г) ни то, ни другое

Д) всё перечисленное верно

19. Астенический синдром характеризуется всем перечисленным, кроме

А) физической истощаемости

Б) психической истощаемости

В) фиксационной амнезии

Г) аффективной лабильности

20. Обсессивный синдром характеризуется

А) возникновением чувств, мыслей, воспоминаний, влечений, двигательных актов и т.д. помимо желания

Б) сознанием их болезненности, критическим отношением к ним

В) бессилием в противоборстве, преодолением ценой изнуряющих страданий

Г) всем перечисленным

Д) ничем из перечисленного

21. Бредовые идеи характеризуются всем перечисленным, кроме

А) несоответствия действительности

Б) доступности исправления, устранения путем убеждения

В) искажения отражения действительности

Г) полного овладения сознания

Д) невозможности исправления, несмотря на явное противоречие с действительностью

22. Для галлюцинаций характерно

А) расстройство восприятия, при котором в сознании возникают зрительные образы, звуки, вкусовые обонятельные или тактильные ощущения без внешнего раздражителя

Б) искаженное восприятие реально существующих объектов

В) болезненное обострение чувствительности к внешним раздражителям

Г) все перечисленное

23. Ангедония – это

А) затруднения в передаче, психологическом описании своего состояния.

Б) потеря чувства радости, наслаждения, удовольствия.

В) снижение, утрата способности к активной деятельности (психической, двигательной, речевой) .

Г) отсутствие чувствительности - тепловой, тактильной, болевой и т.д.

Д) нарушение эмоционально-волевой сферы, характеризующееся отсутствием эмоциональных проявлений, вялостью, безразличием к себе и близким, к происходящему вокруг, отсутствием желаний, жизненных побуждений, бездеятельностью.

24. Ангедония встречается при следующих заболеваниях:

А) болезнь паркинсона

Б) рекуррентное депрессивное расстройство

В) шизофрения

Г) при всех вышеперечисленных

Д) ни при каком из вышеперечисленных

25. В МКБ-10 выделяют следующие типы шизофрении, кроме:

А) параноидная

Б) гебефренияеская

В) кататонической

Г) постшизофреническая депрессия

Д) шизофренические реакции

26. Для депрессивной фазы биполярного аффективного расстройства характерно все перечисленное, исключая

А) наличие депрессивной триады

Б) ангедония

В) идеи самообвинения

Г) расстройство сна

Д) расторможение влечений

27. К соматическим признакам депрессии относятся

А) запоры

Б) дисменорея

В) похудание

Г) все перечисленное

Д) ничего из перечисленного

28. Для навязчивых состояний характерно все, кроме:

А) тягостность

Б) контрастность личностным установкам

В) отсутствие критики

Г) высокий уровень тревоги

Д) ритуалы

29. Какой признак говорит в пользу дисморфофобии?

А) идеи собственного превосходства.

Б) стремление к самоутверждению.

В) убежденность в наличии физического недостатка.

Г) сверхценное отношение к собственному здоровью.

Д) все вышеперечисленные.

30. Гипостезия - это

а) снижение чувствительности только к тактильным раздражителям

Б) искаженное восприятие внешних раздражителей

В) снижение чувствительности ко всем внешним раздражителям

Г) снижение эмоционального отклика на внешние раздражители

Д) все верно

31. Сумеречное помрачение сознания характеризуется следующими признаками, кроме:

А) дезориентировкой в окружающем пространстве при сохранности способности к привычным действиям

Б) постепенным началом

В) транзиторностью

Г) амнезией периода помраченного сознания

Д) деструктивным поведением

32. К какому типу расстройств относится астазия-абазия согласно критериям мкб-10?

А) соматоформные

Б) диссоциативные /конверсионные

В) невротические

Г) психосоматические

Д) органические

33. Для большого эпилептического припадка характерно все, кроме:

А) конградная амнезия

Б) ритуалы

В) аура

Г) тонические судороги

Д) непроизвольное мочеиспускание

Оценка практических навыков и умений (2 этап)

Ситуационные задачи

Задача №1

Пациентка К., 19 лет, студентка. Из анамнеза: Наследственность не отягощена. Родилась в семье врачей, всегда была привязана к матери. Росла спокойной, волевой, самостоятельной. Училась на «отлично», ответственно подходя к выполнению домашних заданий. Много читала, предпочитала русскую классику, увлекалась комнатными растениями, много рисовала. После

школы сразу поступила в архитектурный институт. К лидерству не стремилась. Хотя была внешне привлекательной, не любила к себе повышенного внимания окружающих. К многочисленным кавалерам относилась критично, с колкой иронией подмечала их недостатки. Большую часть времени проводила в одиночестве или в обществе двух подруг. Отличалась обостренным чувством справедливости. Подолгу помнила неприятные ситуации.

10 месяцев назад внезапно с тяжелым инсультом мать больной попадает в больницу и через неделю умирает, не приходя в сознание. Похороны матери перенесла «как в тумане», чувствовала подавленность, при этом угнетенность усиливалась, мир утратил краски, пропал ко всему интерес, нарушился сон. Временами винила себя в том, что не смогла предотвратить несчастье, не заботилась о здоровье матери, сидела у нее «на шее». При этом до конца не верила в ее уход, подолгу мысленно, иногда вслух разговаривала с матерью, делилась с ней текущими делами. Все происходящие события и поступки близких и знакомых оценивала как бы глазами матери. Забрала у бабки и тетки старые фотографии, ежедневно просматривала их, формировала семейные фотоальбомы. Часами безутешно рыдала, приходили мысли, что жить не стоит, хотя конкретных суицидальных намерений не было, к тому же приводила для себя веский аргумент – что ее матери вряд ли понравился бы такой поступок дочери. С отцом переживаниями не делилась, считая, что он не может быть поддержкой (безалаберно тратил деньги, увязал в долгах, стал еще больше, чем раньше употреблять алкоголь – практически ежедневно). На предложение знакомой поработать летом в архитектурном бюро со свободным графиком ответила отказом, т.к. не могла сосредоточиться ни на чем, кроме обстоятельств своей трагедии.

Задание:

1) Определите синдром.
2) Поставьте диагноз.
3) Определите терапевтическую тактику.

Задача № 2

Больной Б., 43 г., наблюдается психиатрами в течение 10 лет. Регулярно наблюдается в амбулаторных условиях, было 2 госпитализации, связанные с экзацербацией приступов и необходимостью подбора медикаментозной терапии. На диспансерные осмотры приезжает с женой. Точно придерживается рекомендованной медикаментозной терапии, преувеличенно внимателен к мелочам, подолгу обсуждает с врачом каждое изменение в схеме лечения, особенности лекарственного взаимодействия. Имеет 3 группу инвалидности по психическому заболеванию, работает, помогая жене, которая является частным предпринимателем. Все порученное делает скрупулезно, из-за чего часто не успевает сделать порученное в срок. По любым вопросам советуется с женой. Неожиданно может излишне гневно отреагировать на ее требования, но вскоре становится угодливым и ищет примирения. Периодически бывает раздражительным, жена старается избегать конфликты, в такие периоды старается не критиковать его, вести себя особенно дружелюбно. Иногда на фоне угрюмо-раздражительного настроения отмечаются запои (длительностью по 3-4 дня до 2-х раз в год). Во время очередного консультативного приема в присутствии жены спокойно беседовал с врачом-психиатром, который заменял отсутствующего лечащего врача. Затем, оставшись с ним в кабинете наедине, неожиданно схватил тяжелый письменный прибор и ударил врача по голове. При осмотре острого бреда не было выявлено. Впоследствии, объясняя причину своего поведения, он сообщил, что много лет назад этот врач во время проверки личных вещей при госпитализации изъял у него коробок спичек как предмет опасный в больнице. Эта ситуация сильно уязвила и оскорбила больного, он не мог забыть ее и искал случая отомстить.

Задание:

1) С каким заболеванием может быть связано подобное поведение?

2) Необходимый минимум исследований для установления/подтверждения диагноза.
3) Какое решение суда будет наиболее вероятным, если судебно-психиатрическая экспертиза даст заключение о невменяемости больного?

Задача № 3

Больной М., 61 год, счетный работник. Алкоголь употреблял редко и в небольшом количестве. По характеру спокойный, чуткий, общительный. С 56 лет начал чувствовать головные боли, периодические головокружения, снижение работоспособности, утомлялся на работе, был рассеянным, забывчивым, раздражительным. В возрасте 60 лет было несколько приступов головокружения - «ходил, как пьяный». В конце июня развился легкий правосторонний гемипарез, который держался 2 недели. Лечился в соматической больнице. Движения в конечностях восстановились, но психическое состояние ухудшилось, стал тревожным, раздражительным, придирчивым, подозрительным. Ослабела память, не проявлял никакого интереса к окружающему. Работать не мог, был переведен на инвалидность II группы. Через 8 месяцев стал ревновать жену к студентам и профессорам института, в котором она работала, являлся к ней на работу, устраивал скандалы, требовал «приличного» поведения.

Помещен в психиатрическую больницу. В больнице суетлив, тревожен, говорил, что в больницу поместила его жена, чтобы быть свободной и изменять ему. Жаловался на головокружения и головные боли. В месте и времени ориентировался. Память снижена, особенно нарушены процессы запоминания и хранения. Лучше помнит события прошлого, чем настоящего, события личной жизни, чем общественные. На вопросы отвечает по существу, но с излишней детализацией. Интеллект снижен. Нет критического отношения к своему состоянию и поведению. Высказывает нелепый бред ревности. Внимание истощаемо. Слабодушен. Легко переходит от плача к смеху.

Физическое состояние: выглядит старше своих лет. Сосудистые стенки уплотнены. Тоны сердца приглушены. Акцент II тона на аорте. Артериальное давление 160/90 мм рт. ст. Рентгеноскопически определяется начальный склероз дуги аорты. При неврологическом исследовании констатируются вялая реакция зрачков на свет и остаточные явления правостороннего гемипареза. Физическое и психическое состояние больного постепенно с некоторыми колебаниями ухудшалось, нарастали явления слабоумия.

Задание:

1) Определите синдром.
2) Поставьте диагноз.
3) Определите терапевтическую тактику.

Задача № 4

Пациентка, 75 лет. Две недели назад упала в ванной комнате и сломала бедро, была помещена в ортопедическую клинику, где ей произвели операцию остеосинтеза. В больнице после операции появились спутанность сознания и беспокойство, бродила ночью по палатам отделения, беспокоя других пациентов. Не помнила, что с ней произошло, и почему она оказалась в больнице. В течение дня беспокойна, бесцельно бродит по палатам. Не может читать, смотреть телевизор, не узнает родственников, отталкивает медсестер. Ведет разговоры с воображаемыми людьми, устремив взгляд в одну точку на потолке. Раздражительна и легко озлобляется, бросает пищу на пол, отказывается от приема назначенных медикаментов. Между приступами возбуждения успокаивается, на полчаса. В ночное время не может уснуть, становится суетливой. Бродит по палатам, пытается взобраться на чужие кровати, будит больных. Несколько раз порывалась уйти из больницы в ночной рубашке, но была остановлена и возвращена в палату. До операции больная вела себя нормально, и ее дети не замечали каких-либо отклонений со стороны памяти и внимания.

Состояние при осмотре: пациентка выглядит недоуменной и невнимательной. Она полностью дезориентирована и недоступна для контакта, что-то бормочет и не обращает внимания на присутствие врача.

Признаков депрессии или тревоги нет. Не представляется возможным проведение каких-либо тестов по проверке интеллекта.

Задание:

1) Определите синдром.
2) Поставьте диагноз.
3) Определите терапевтическую тактику.

Задача № 5

Пациент 58 лет, перенес ишемический инсульт в бассейне правой средней мозговой артерии. В НРО, не зная диагноза, тревожился за будущее, плохо спал. При осмотре на 7 сутки инсульта: мимика напряженная. Лицо покрасневшее, грустное. Темп речи быстрый, отвечает с резкими интонациями. В ходе беседы постоянно теребит руками, постукивает ладонью по столу, играет карандашом, иногда ходят желваки. Меняет позу. Иногда отвечает раздраженным голосом, стучит кулаком, быстро успокаивается. Порой шумно вздыхает. По мере беседы изредка натянуто стереотипно улыбается, но глаза остаются грустными. Жалуется на ощущение дискомфорта от больничной обстановки, непривычных условий. Сообщает, что ничто не радует, хотя реагирует улучшением настроения на общение с родственниками. При расспросе говорит о тревоге, постоянно думает о том, как будет с работой, считает, что дизартрия воспрепятствует общению (люди могут подумать, что «выпивши»). Непрестанно думает, как жить дальше. Какие изменения в жизнь приносит инсульт, как будет жить на пенсии (и на пенсию). Сообщает, что ничем не может успокоить себя, лишь ненадолго отвлекается на другие темы. Перспектива представляется безнадежной, считает, что надвигается старость, беспомощность. К вечеру, когда самочувствие несколько улучшается, может отвлечься в разговорах. Жалуется на трудности при засыпании. Аппетит снижен.

Задание:

1) Определите синдром.
2) Поставьте диагноз.
3) Определите терапевтическую тактику.

Задача № 6

Пациент А., 75 лет, был направлен на консультацию к психиатру врачом дерматологом. В течение двух лет пациент обращается к дерматологу по поводу «заражения» насекомыми, которые, как он считает, проникли под кожу на руках, животе, откладывают там личинки. Утверждает, что «жучки» попали на тело от рубашки, купленной на рынке два года назад. Ощущает «жжение», «нащупывает» их передвижение под кожей, особенно ночью, когда не может уснуть. Образно описывает их размеры, конфигурацию туловища, головы (усики, глаза). Утверждает, что они могут менять форму и прятаться, из-за чего их часто не видят окружающие. Родным и врачам постоянно демонстрирует «ходы», следы их жизнедеятельности, соскабливая поверхностный слой дермы в стеклянную банку. Настаивает на проведения анализов в «Центральной» СЭС, поскольку полученным отрицательным результатам не доверяет. Попытки переубедить пациента вызывают раздражение, обижается, утверждает, что он хочет спасти родных от «заражения», из-за чего ограничил контакт с близкими, часто меняет одежду, питается отдельно, постоянно пользуется различными мазями, «народными средствами». В остальном поведение упорядоченное, смотрит ТВ, читает, гуляет. Расстройств памяти не выявляется. Психически больным себя не считает.

Задание:

1) Определите синдром.
2) Поставьте диагноз.
3) Определите терапевтическую тактику.

Задача № 7

Больной И., 33 года. Данные о психопатологически отягощенной наследственности отсутствуют. В раннем развитии без особенностей. По характеру нерешительный, застенчивый. Круг общения ограничивался близкими родственниками, был привязан к матери. В коллективах предпочитал держаться среди младших по возрасту, избегал шумных игр и шалостей, пасовал перед бойкими сверстниками. В школу пошел в 7 лет, отличался прилежанием, учился в основном на «хорошо». При ответах у доски испытывал сердцебиение, дрожь рук и коленей, сухость во рту, повышенную потливость ладоней. Накануне контрольных работ, экзаменов долго не мог уснуть. После незначительных конфликтов по нескольку дней мысленно к ним возвращался, обдумывал обстоятельства произошедшего, размышляя как надо было себя вести, что ответить. Окончив школу, отслужил в армии, не тяготился строгой дисциплиной, напротив – считал работу по уставу единственно правильной. Устроился на работу в МВД. В отношениях с противоположным полом отличался нерешительностью. Заранее тревожился перед свиданиями, старался обдумать, «отрепетировать», что скажет и сделает. Единожды женат на сверстнице, в которую был влюблен со школьной скамьи. В браке на «вторых ролях», при решении важных семейных вопросов сомневался, советовался с женой. Предоставил ей возможность распоряжаться семейным бюджетом.

В 31 год стал участником ДТП на служебном автомобиле и оказался обвиняемым по судебному делу. Во время следствия испытывал выраженную тревогу, боялся возможной уголовной ответственности, нарушался сон, однако выраженной подавленности не испытывал. Несмотря на то, что был признан невиновным, состояние не улучшилось. Напротив, появились приступы тревоги с чувством нехватки воздуха, сердцебиением, ощущением проходящей по телу «волны одновременно жара и холода». Приступы страха возникали только во время управления автомобилем, не чаще одного раза в неделю и длились несколько минут. Избегающим поведением не сопровождались. Лечился амбулаторно в психоневрологическом отделении, на фоне чего интенсивность и частота пароксизмов тревоги снизились. Однако здоровым себя так и не почувствовал. Постепенно, исподволь, на протяжении полугода стойко снизилось настроение. Наросли апатия, подавленность, безрадостность, перестал испытывать удовольствие от любимых занятий, общения с детьми. На фоне утомляемости, не чувствовал «свежести мыслей», голова казалась «тупой»: испытывал сложности концентрации внимания, рассеянность, забывчивость. Появился отчетливый суточный ритм с небольшим улучшением самочувствия к вечеру, снизился аппетит. Похудел. По утрам, без чувства отдыха после сна, ощущал слабость, «внутренний озноб» с сердцебиением, выраженной тревогой по поводу здоровья. Был вынужден уволиться из МВД. В 32 года впервые обратился в психиатрическую клинику и был госпитализирован.

В статусе обращали на себя внимание угрюмость, мрачность, безынициативность. В беседу вступал неохотно, говорил односложно, глухим голосом без всякого интереса. Высказывал жалобы на приступы страха потери сознания в транспорте, на улице, сопровождающийся чувством нехватки воздуха, ознобом, сердцебиением, которые испытывал преимущественно по утрам. Настроение характеризовал подавленным, с преобладанием тревоги за свое здоровье. Ощущал «тупость» в голове в течение дня, забывчивость и рассеянность. Любые мелкие неприятности в быту сопровождались нарастанием тревоги, казались неразрешимыми проблемами, в бесплодных размышлениях о которых проводил день, а перед сном не мог «выбросить их из головы» и уснуть. Беспокоили головные боли в височно-затылочной области, стягивающие по типу «каски», возникавшие преимущественно во второй половине дня, на фоне усиления утомляемости.

На стационарном лечении находился в течения месяца, получал сульпирид 200 мг/сут., имипрамин до 100 мг/сут., амитриптилин до 50 мг/сут. с эффектом – выровнялось настроение, полностью редуцировались апатия, астения, восстановились сон и аппетит.

Задание:

1) Квалифицируйте статус на момент госпитализации в психиатрический стационар.
2) Квалифицируйте преморбид (характерологические особенности) пациента до дебюта заболевания.
3) Определите тактику ведения больного после выписки.

Задача № 8

Пациент К., 36 лет. Наследственность манифестными психозами не отягощена. Родился в срок от нормально протекавшей беременности, ранее развитие без особенностей. По характеру формировался в меру активным, общительным, слыл аккуратистом. Закончил школу и университет с отличием. Работал экономистом в различных зарубежных компаниях, менял места работы, прельщаясь большим заработком. На службе зарекомендовал себя как ответственного и исполнительного сотрудника, пользовался авторитетом у подчиненных. В 24 года испытал первую влюбленность, красиво ухаживал за избранницей, стремился окружить заботой. Через год сделал девушке предложение. Отношения в браке складывались ровно, однако пациент тяготился отсутствием детей в браке. Впервые психическое неблагополучие отметил в возрасте 34 лет после внезапной и скоропостижной гибели супруги. Первое время (около 2-х месяцев) до конца не осознавал реальности случившегося, видел сны с участием погибшей, узнавал ее в лицах прохожих, слышал на улице знакомый аромат духов. Сразу же резко снизилось настроение, отмечал появление тоски за грудиной, плаксивости. Нарушался сон по типу трудностей засыпания и поверхностного сна. Несмотря на состояние продолжал работать, стремился больше погрузиться в дела, отвлекался от навязчивых размышлений о случившемся несчастье. Периодически отмечал появление суицидальных мыслей, однако попыток не продумывал. Таким состояние сохранялось на протяжении 14 месяцев. В связи с длительностью психического неблагополучия решил обратиться за помощью к психиатру.

Задание:

1) Уточните классификационную характеристику состояния.
2) Есть ли в клинической картине атипичные признаки, если да, то назовите их?
3) Предложите оптимальную терапевтическую стратегию.

Задача № 9

Больная А., 48 лет, замужем в повторном браке, есть взрослый сын. Всегда была общительной, любила танцы, занималась в кружке. Менструации с 13 лет. Во время беременности и в послеродовом периоде психических нарушений не отмечалось. Работала много лет главным редактором журнала, с обязанностями справлялась.

В 42 года после внезапной смерти отца от инфаркта миокарда отметила резкое снижение настроения, «прокручивала» в голове мысли о несправедливости произошедшего, нарушился сон, аппетит. Беспокоили неприятные ощущения в теле: прокалывающие боли в области сердца, ощущение «горящего шара», подкатывающего из грудной клетки к горлу. Спустя 4 месяца отметила полную редукцию психопатологических симптомов (без лечения). В период менопаузы появились приливы жара, холода, усиление эмоциональной лабильности, плаксивости, а также стресспровоцированные (конфликтные ситуации на работе) подъемы АД (до 140/90-150/90 мм рт. ст.), которые сопровождались клишированной симптоматикой: тревогой за здоровье, головными болями, чувством общей слабости. Был поставлен диагноз гипертоническая болезнь (ГБ) I стадии.

В возрасте 47 лет на фоне кризиса в бизнесе мужа отметила резкое нарастание подавленности и плаксивости («душили слезы»), в сознании доминировали тревожные опасения о будущем семьи, идеи «краха» благополучия, в красках представляла, как муж, став банкротом, будет выплачивать долги кредиторам. Испытывала трудности засыпания. В утренние часы была более выражена подавленность с тоскливыми мыслями о конце беззаботной жизни. Снизился аппетит, за месяц похудела на 5 кг. Стали беспокоить несвойственные ранее трудности концентрации внимания, несобранность. Отметила учащение приступов с подъемом АД (до 180/100 мм рт. ст.) и их видоизменение: сопровождались появлением страхом смерти в результате инфаркта миокарда, тягостными ощущениями «пламени» в загрудинной области, онемения конечностей по типу «перчаток и носков». Была направлена на лечение в отделение кардиологии ГКБ. По заключению кардиолога: гипертоническая болезнь II стадии, 3 степени повышения артериального давления, высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. По заключению невролога: когнитивные нарушения функционального характера.

Задание:

1) Определите синдром.
2) Поставьте диагноз.
3) Определите терапевтическую тактику.

Задача № 10

Пациентка К., 19 лет, студентка. Из анамнеза: Наследственность не отягощена. Пробанд. Родилась в семье врачей, всегда была привязана к матери. Росла спокойной, волевой, самостоятельной. Училась на «отлично», ответственно подходя к выполнению домашних заданий. Много читала, предпочитала русскую классику, увлекалась комнатными растениями, много рисовала. После школы сразу поступила в архитектурный институт. К лидерству не стремилась. Хотя была внешне привлекательной, не любила к себе повышенного внимания окружающих. К многочисленным кавалерам относилась критично, с колкой иронией подмечала их недостатки. Большую часть времени проводила в одиночестве или в обществе двух подруг. Отличалась обостренным чувством справедливости. Подолгу помнила неприятные ситуации.

10 месяцев назад внезапно с тяжелым инсультом мать больной попадает в больницу и через неделю умирает, не приходя в сознание. Похороны матери перенесла «как в тумане», чувствовала подавленность, при этом угнетенность усиливалась, мир утратил краски, пропал ко всему интерес, нарушился сон. Временами винила себя в том, что не смогла предотвратить несчастье, не заботилась о здоровье матери, сидела у нее «на шее». При этом до конца не верила в ее уход, подолгу мысленно, иногда вслух разговаривала с матерью, делилась с ней текущими делами. Все происходящие события и поступки близких и знакомых оценивала как бы глазами матери. Забрала у бабки и тетки старые фотографии, ежедневно просматривала их, формировала семейные фотоальбомы. Часами безутешно рыдала, приходили мысли, что жить не стоит, хотя конкретных суицидальных намерений не было, к тому же приводила для себя веский аргумент – что ее матери вряд ли понравился бы такой поступок дочери. С отцом переживаниями не делилась, считая, что он не может быть поддержкой (безалаберно тратил деньги, увязал в долгах, стал еще больше, чем раньше употреблять алкоголь – практически ежедневно). На предложение знакомой поработать летом в архитектурном бюро со свободным графиком ответила отказом, т.к. не могла сосредоточиться ни на чем, кроме обстоятельств своей трагедии.

Задание:

1) Определите синдром.
2) Поставьте диагноз.
3) Определите терапевтическую тактику.

Задача № 11

Больная К., 24 года. Дядя и двоюродный брат матери страдают эпилепсией. Родители здоровы. Девочка родилась в срок от второй беременности. Беременность и роды протекали нормально. Отставала в развитии, плохо говорила до 4-х лет. В возрасте 4 лет в течение полугода отмечались пароксизмы (до нескольких раз в день), когда внезапно бледнела, начинала беспричинно смеяться, зрачки расширялись, отмечались остановка взора (невидящий взор) с общим напряжением мышц тела и конечностей. Приступ длился 2-3 минуты, не было конвульсий, но сопровождался непроизвольным мочеиспусканием. После приступа мышечное напряжение исчезало, отмечалась растерянность и последующий сон в течение 2-3 часов. С этого времени девочка стала раздражительной, капризной, драчливой. Через год, в 6 лет припадки возобновились, но до 10 лет протекали легче и не сопровождаясь последующим сном. В это время – в начальной школе были трудности в учебе: плохо запоминала, не могла сосредоточиться. Стала более конфликтной, из-за чего не имела друзей в классе, неоднократно вступала в спор с учителями, считала, что к ней относятся несправедливо. После 3 класса была переведена во вспомогательную школу. С 10 лет судорожные припадки участились (от 1 до 4-х раз в месяц) и усилились: стали начинаться с громкого крика, отмечались отчетливые тонические и клонические судороги (падала, руки и ноги вытягивались вдоль туловища, после чего начинала «биться», дыхание вначале останавливалось, затем становилось редким и шумным). После припадка обнаруживались прикусы на языке, была сонливой.

После окончания вспомогательной школы устроилась работать уборщицей. Сверхдобросовестно относилась к работе. В предменструальный период становилась без видимой причины напряженной, злобной, мрачной. Могла нецензурно браниться и провоцировать драки. В это время могла не ходить на работу, бесцельно ездила по городу на трамвае. Возвращалась домой к вечеру уже смягченной, угодливой. С 23 лет не справлялась с работой, постоянно конфликтовала с сотрудниками, начальством, была оформлена 2 группа инвалидности. Дома агрессивна к родственникам, провоцирует драки, после которых на непродолжительное время успокаивается. За месяц до поступления в психиатрическую больницу (ПБ) больная вдруг исчезла из дома. Через десять дней родители получили известие из московской ПБ о том, что дочь находится на лечении. При встрече с матерью умоляла увезти ее домой, не могла рассказать, как оказалась в Москве. В выписке из истории болезни указано, что больная при поступлении была недоступна контакту, стремилась куда-то идти. Стучала в двери, выкрикивала какое-то мужское имя. Была дезориентирована. При попытке уложить ее оказывала яростное сопротивление. Возбуждение удалось купировать при применении высоких доз нейролептиков. Через 4 дня дезориентировка купировалась. Больная была удивлена тем, что находится в другом городе. Через полгода была госпитализирована в ПБ г. Казани после серии судорожных припадков и последующего возбуждения с выраженной дисфорией и агрессивными высказываниями в адрес окружающих. В ПБ состояние изменилось: неистово молилась, громко распевала молитвы, надолго застывала в одной позе с выражением необыкновенного блаженства на лице. Удалось выяснить, что больная видит перед собой вовне ангелов в сияющей одежде, сценоподобные религиозно-мистические сюжеты. Стала называть себя «христовой невестой». Состояние длилось 2 недели, затем значительно улучшилось, появилась критика к перенесенному психозу.

Задание:

1) Определите синдром.
2) Поставьте диагноз.
3) Определите терапевтическую тактику.

Задача № 12

Больная О., 50 лет. Анамнез. Наследственность отягощена психическими расстройствами по линии матери. Двоюродная сестра больна шизофренией. Развитие без особенностей. Образование высшее техническое. Инвалид 2 группы по психическому заболеванию. До установления группы инвалидности работала инженером. Замужем не была. Детей нет. Живёт одна в отдельной квартире. Психические расстройства на протяжении 10 лет. Заболевание развивалось постепенно (месяцы). В инициальном периоде жалобы на слабость, недомогание, утомляемость, нарушение сна. Перенесла 5 приступов, в том числе – депрессивно-параноидный, с суицидной попыткой отравления. Испытывала вербальные псевдогаллюцинации комментирующего, угрожающего содержания, высказывала бредовые идеи воздействия, преследования. Лечилась в психиатрических стационарах и дневном стационаре психоневрологического диспансера. Получала терапию различными нейролептиками и корректорами (клопиксол 10 мг/сут., галоперидол 15 мг/сут., рисперидон 4 мг/сут., циклодол 6 мг/сут.). Продолжительность ремиссии к моменту наблюдения 2 года. В период текущей ремиссии получала рисперидон 4 мг/сут. В диспансер обратилась с жалобами на подавленное настроение, чувство разбитости, вялости, апатию, нежелание что-либо делать, трудность сосредоточиться, собраться с мыслями, головные боли, отсутствие аппетита, недостаточный сон с частыми пробуждениями. Больная говорила: «Уже прожила большую часть жизни, детей нет, не смогла реализовать себя», «Стоит ли дальше жить, тяжело одной». Отмечала снижение интереса к обычным занятиям, общению. При тщательном расспросе выявлялась стёртая суточная динамика состояния с тенденцией к ухудшению состояния в утренние часы. Характерной была полиморфная вегетативная симптоматика с нестабильностью АД, склонностью к тахикардии, временами возникающими ощущениями жара, потливости, без учащённого мочеиспускания.

Задание:

1) Поставьте диагноз по МКБ-10.
2) Выделите ведущий синдром, определяемый на момент обращения.
3) Предположите терапевтическую тактику.

Задача № 13

Больной Р., 30 лет. По характеру всегда был несколько подозрительным, что особенно проявлялось в отношении сексуальных партнеров, мог долго попрекать любимую женщину склонностью к флирту, которое расценивал как «распутное поведение». Бурно реагировал на любые проявления даже незначительного, не выходящего за рамки простой любезности внимания к ним со стороны других мужчин, с которыми нередко, в связи с этим были ссоры. 2 года назад женился, через год родился ребенок. Практически сразу же после родов стал высказывать претензии жене в неверности. В качестве доказательства приводил ее отказ вступить с ним в половую связь через 10 дней после родов. После этого вспомнил, что через несколько месяцев после свадьбы во время вечеринки выходил из дома, чтобы покурить на улице. Понял, что в это время жена вступила в интимную близость с его другом, которая продолжалась и в дальнейшем, подтверждение чему видел, что сын «не похож на него». Считал, что жена продолжала изменять ему во время беременности и после родов. Был уверен, что когда она открывает окно, чтобы проветрить комнату, она тем самым подает знак своему «любовнику». С этой же целью, она «особым образом развешивала детские вещи после стирки». Пытался выяснить отношение с предполагаемым любовником жены, но недоумение последнего лишь усилило подозрение. Вне семейной ситуации, на работе вел себя обычно, ничем не привлекая внимания сослуживцев и хорошо справляясь с должностными обязанностями. В поле зрения психиатров попал после того, как нанял частного детектива для слежки за женой и напал на него, заподозрив в сговоре с «любовниками», так как тот не обнаружил фактов измены жены.

Задание:

1) Поставьте диагноз по МКБ-10.

2) Выделите ведущий синдром, определяемый на момент обращения.
3) Предположите терапевтическую тактику.

Задача № 14

Пациент М. 10 лет. Родители обратились с жалобами на частые непроизвольные «лишние» движения в теле и лице иногда тревожность, чувствительность, склонность к слезам, уязвимость к жизненным неудачам, излишнюю привязанность к матери.

На приеме выглядит соответственно возрасту, выражение лица спокойное, но отмечаются физические проявления тревоги: глазной контакт неустойчивый, «ерзает» на стуле, потирает руки, обводит руку пальцем, не знает, чем себя занять. Во время беседы отмечаются повторяющиеся движения - щурит глаза, подергивает бровями, часто моргает, отводит плечи. Два раза возникали непроизвольные звуковые выкрики. Сам этого не замечает. В незнакомой обстановке с 4-5 лет испытывает тревогу, напряжение. С 9 лет часто совершает повторяющиеся движения: сглатывает слюну, очень часто моргает, дергает плечевым поясом, иногда отмечаются воспроизведение звуков. Движения возникают внезапно, имеют ограниченный характер, исчезают во время сна. С течением времени движения имеют тенденцию менять локализацию. На некоторое время пациент может контролировать эти движения. Интеллектуально развит по возрасту, несколько инфантилен. Отмечает, что повторяющиеся движения усилились на фоне тревоги и переживаний из-за школы и сложностей в отношениях с одноклассниками. Последний год из-за «травли» в школе стал тревожен, чувствителен, плаксив. Сон и аппетит достаточные.

В анамнезе указание на последствия ишемически-гипоксического поражения ЦНС перинатального генеза, а также на неплохой, но кратковременный эффект церебропротективной терапии.

Задание:

1) Определите синдром.
2) Поставьте диагноз.
3) Определите терапевтическую тактику.

Задача № 15

Пациент В., 13 лет. Раннее развитие с признаками диссоциации. В возрасте 2,5-3 лет изменился в поведении, стал возбужденным, находился постоянно в движении, часами кружился или раскачивался, нарушился сон, отмечалось сноговорение, появилась агрессивность, стал неуправляемым, все делал наперекор. Отмечались трудности адаптации в дошкольных учреждениях, часто конфликтовал с детьми. В 5 лет вновь ухудшилось поведение, стал неуправляемым, участились конфликты со сверстниками, проявлял агрессию, дразнил детей, гримасничал, дрался, появился энурез, ночные страхи. В возрасте 6 лет стал рассказывать матери, что научился контактировать с невидимыми друзьями, перестал оставаться один, жаловался на страхи, которые не мог сформулировать. В 7 лет начал посещать общеобразовательную школу, но в течение первого месяца обучения был переведен в коррекционный класс. В возрасте 9 лет (3 класс) начал отказываться от пребывания в школе, стал агрессивным, злобным, пропало чувство дистанции с окружающими. В то же время к себе и собственным возможностям относился с переоценкой, резонерствовал, вел себя бездистантно. В возрасте 10,5 лет поведение стало абсолютно разлаженным, отмечались частые смены настроения, агрессивность, появилась лживость. В общественных местах временами вел себя неадекватно, залезал под стол, гримасничал. Настроение менялось от приподнятого до подавленно-раздраженного и даже гневливого. В 5-ом классе (11 лет) начал совершать кражи, делал это неосознанно, без ощущения сознания, будучи

«охваченный желанием». Взяв чужую вещь, мог незаметно подбросить ее назад. В поведении наросла демонстративность, делал все напоказ, подшучивал над окружающими, разыгрывал клоунады. В 13 состояние больного резко ухудшилось, перестал учиться, прогуливал уроки, продолжал воровать, начал «попрошайничать» на улице. Появился интерес к общению с асоциальными подростками, начал курить, пробовал алкоголь. В это же время отдалился от родных, перестал реагировать на их просьбы: изменить поведение. Высказывал мысли, что наделен «сверхвозможностями» свыше и он должен руководить человечеством, считал, что обладает даром предсказывания, умением читать мысли других. Настроение стало изменчивым, чаще повышенным с элементами дурашливости.

На беседу с врачом соглашается охотно. Выглядит старше своего возраста, повышенного питания, одет неаккуратно, неопрятен. Движения угловатые, походка неуверенная, размашистая. Мимика однообразная, выражение лица застывшее, смотрит на врача исподлобья. Предъявляет многочисленные претензии к родителям, жалуется на учителей, оговаривает их. Голос грубый, средней громкости. Речь скандированная, неуместно шутит, не соблюдает чувства дистанции, оговаривается, грубит. Словарный запас соответствует возрасту. Отмечаются резкие смены настроения от депрессивно-дисфорического до повышенного с нелепостью. Выявляются нарушение ассоциативного мышления, обрывы и наплывы мыслей, эпизоды дереализации. Признает, что некоторые люди говорят о нем за спиной плохие вещи, иногда ощущает, что кто-то за ним наблюдает, подозревает, что может быть через камеры. Нередко слышит «оклики». Считает себя особенным, с уверенностью говорит, что может читать мысли людей, предсказывать будущее. Отмечает вкладывание и отнятие мыслей. Уверен, что его действиями и мыслями руководят какие-то люди, хотят, причинить ему вред, за что сам начинает мстить окружающим. Жалуется на разнообразные ощущения в теле, считает это результатом «воздействия». Больным себя не считает, требует к себе особого отношения.

Задание:

1) Поставьте диагноз по МКБ-10.
2) Выделите ведущий синдром, определяемый на момент обращения.
3) Предположите терапевтическую тактику.

Задача № 16

Больной К., 69 лет. Наследственность манифестными психозами не отягощена. Родился в сельской местности вторым ребенком из четверых детей. Рос и развивался в соответствии с возрастными нормами. По характеру всегда был общительным, активным, энергичным, напористым, умел настоять на своем. Образование высшее, химик-технолог, успешно делал карьеру, занимал руководящие должности. В 24 года женился, от брака сын. В супружеской жизни был авторитарным, требовательным. В 30 лет перенес перелом костей таза, лечился консервативно с полным восстановлением всех функций. Болен с 55 лет, когда на фоне роста и увеличения производительности предприятия стал тревожным, суетливым, неуверенным, опасался, что не справится с профессиональными обязанностями. Жаловался на тоску, апатию, пропали интересы, ухудшился сон, аппетит, с трудом заставлял себя ходить на работу. Состояние обошлось в течение нескольких месяцев на амбулаторной терапии. С 65 лет вышел на пенсию, проживал вдвоем с женой, занимался дачей, домашним хозяйством. Настоящее ухудшение в течение полугода (69 лет), когда без видимых причин начал плохо спать, стал суетливым, тревожным, жаловался на тоску, тревогу, не находил себе места, ходил из угла в угол. Появилась ипохондричность, фиксация работе кишечника, жаловался на запоры, ощущения «спазмов» и «распирания» в пищеводе и кишечнике, препятствующих прохождению пищи по желудочно-кишечному тракту. Утверждал, что у него прекратил работать кишечник, не переваривает еду желудок, начал отказываться от пищи, похудел

на 14 кг. Однажды в течение длительного времени не возвращался домой с прогулки, заявив, что хотел «замерзнуть насмерть», поскольку стал для семьи обузой. После длительных уговоров родственников согласился обратиться за помощью в геронтопсихиатрический стационар.

Психический статус: при поступлении - физически истощен, походка неустойчивая, неохотно соглашается на беседу, выражение лица тревожно-напряженное. Во время беседы беспокоен, ерзает на стуле, теребит кисти рук, обхватывает голову руками. Ориентирован полностью, на вопросы отвечает неохотно, короткими фразами, повторяет «зачем вы меня сюда привезли», «мне уже ничто не поможет, я погиб». При настойчивых расспросах заявляет, что «вся система организма развалилась - истлели желудок и кишечник, легкие постепенно растворяются, подкорка отслоилась от коры, глаза теряют связь с мозгом». Утверждает, что у него уже месяц нет стула, отказывается от еды, потому что «некуда есть». На просьбу объяснить доходчиво заявляет, что при попытке проглотить пищу чувствует «спазмы» в желудке и кишечнике, распирание, «твердые маленькие частицы пищи внизу живота», «ничего не проходит», «продукты распада пищи отравляют весь организм». Жалуется на мучительное чувство тоски и тревоги на сердце, безнадежность, «полное отсутствие сна». На вопрос о суицидальных мыслях с раздражением заявляет: «Зачем мне такая жизнь?».

Задание:

1) Поставьте диагноз.
2) Определите психопатологический синдром.
3) Определите возможную схему терапии.

Задача № 17

Пациентка К.Е., 62 года. Наследственность отягощена по линии матери. Мать в течение жизни отмечала перепады настроения от подъема, до депрессии. В одну из депрессий совершила суицид. Сын, 32 года, здоров. Пациентка родилась от первой беременности в срок, в раннем развитии не отставала, была подвижным, энергичным, ребенком. Училась всегда на хорошо и отлично. Была общительной, до сих пор общается с подругами, оставшимися со времен школы и ВУЗа. Менструации с 16 лет, болезненные. Отмечала снижение настроения в эти периоды.

Имеет высшее образование. Работала старшим инженером по патентованию бумаги. Замужем была дважды в 28 и 30 лет. Первый брак длился всего несколько месяцев, в одном из подъемов настроения решила развестись. Вскоре вышла замуж повторно. В 32 года родила сына, беременность и роды протекали нормально. В послеродовом периоде настроение сохранялось ровным, была активной матерью, без повода не тревожилась. С удовольствием занималась уходом за ребенком.

Колебания настроения отмечает с 19 лет: ухудшение настроения весной, когда становилась менее инициативной, не так ярко выглядела, меньше общалась. Успеваемость при этом нарушалась незначительно, сон и аппетит оставались достаточными. Осенью же стабильно стала отмечать улучшение настроения, развивала еще большую активность, испытывала легкость в голове, теле, нередко влюблялась. При этом сон и аппетит оставались неизменными, в целом поведение было правильным и изменения оставались незаметными для окружающих. Спады и подъемы настроения длились по 1-2 месяца, сменялись ровным настроением. Такая динамика сохранялась до 35 лет. После 35 лет изменения настроения беспокоили не так регулярно, чаще отмечала спады настроения по 1-2 мес. раз в 2-3 года.

В 42 года пациентка впервые перенесла очерченный подъем настроения, когда стала крайне активной, раздражительной, возбужденной. Сочиняла стихи, сокращались сон и аппетит. Состояние длилось около 2 месяцев, лечилась амбулаторно (назвать назначаемые препараты не может). В последующем состояние улучшилось. Поддерживающую терапию не принимала.

Впервые выраженное ухудшение настроения отмечалось в 47 лет. Жаловалась на тоску, выраженную апатию, замедление мыслительных процессов, окружающее казалось безрадостным, появились идеи самообвинения, переставала следить за собой, с трудом работала. Пропадал аппетит, худела, нарушался ночной сон. Улучшение состояния отмечала по вечерам. В подобном состоянии сначала лечилась амбулаторно, затем стационарно.

В дальнейшем подобные эпизоды повторялись раз в два года (в 49 лет и в 53 года). С 54 лет, что совпало со становлением климакса, депрессивные состояния возникали с периодичностью 2 раза в год.

В 60 лет перенесла смерть мужа, на момент его смерти уже находилась в депрессивном состоянии, события перенесла без усугубления симптоматики, в похоронах не участвовала. По выходу из депрессии, несмотря на осознание его отсутствия, настроение оставалось ровным. В промежутках между депрессиями продолжала работать, по характеру не менялась, принимала поддерживающую терапию литием нерегулярно. Оставалась очень общительной и деятельной.

Задание:

1) Поставьте диагноз.
2) Определите возможную схему терапии.

Задача № 18

Больная Т., 82 года.

Наследственность отягощена ослабоумливающими заболеваниями. Раннее развитие без особенностей. Образование высшее педагогическое. На пенсию с 55 лет. Замужем с 25 лет, от брака имеет дочь. С мужем прожила 6 лет, затем развелась. По характеру была упрямой, несколько эгоистичной. В воспитании дочери была строга, порой деспотична. Первые признаки ухудшения памяти отмечаются с 76 лет, когда появилась рассеянность, трудности с датировкой прошлых событий. Постепенно у больной стали возникать резкие перепады настроения, гневливость, конфликты с сиделкой, ухаживающей за ее слабоумной сестрой. С 80 лет нарушения памяти прогрессируют, начинает путаться во времени и в текущих событиях. С 82 лет менее активна, много времени тратит на поиски вещей, документов, денег. При посещении сберкасс устраивает скандалы. Обвиняет сотрудников в краже денег со счетов. Из-за «кражи денег» обращалась в милицию. В связи с таким состоянием обратилась за консультацией к психиатру. На момент осмотра ориентировка во времени нарушена. В месте ориентирована правильно. Ориентировка в семейной ситуации и аутопсихическая ориентировка сохранены. Память на события недавнего и отдаленного времени существенно нарушены. В речи - затруднения припоминания слов, называния предметов. Путается в трактовке логико-грамматических конструкций, конкретно понимает переносный смысл многих пословиц. Совершает ошибки при последовательном вычитании. По шкале MMSE- 22 балла. Сама охотно рассказала, что у нее несколько раз служащие сберкассы крали все деньги со сберкнижки. Считает, что у нее из дома так же крадут вещи, посуду и лекарства, однако, кто это делает, конкретно назвать не может. Во время беседы отмечается неустойчивое настроение, легко раздражается по поводу «затянувшегося» разговора врача и дочери. Имеются проявления эмоциональной реакции на собственную несостоятельность, расстраивается, извиняется за ошибки, уклоняется от выполнения некоторых заданий, говоря, что она их все равно не сделает. Критики к заболеванию нет, считает себя в целом здоровой.

Заключение МРТ головы: внутренняя и наружная сообщающаяся гидроцефалия. Лейкоареоз.

Задание:

1) Определите синдром и заболевание.
2) Определите возможную схему терапии.

Задача № 19

Больной Ч. 63 года. Наследственность не отягощена. Рос и развивался нормально. Окончил в 23 года МАИ, работал в институте преподавателем. Был женат в браке, имеет 2х детей. В разводе с 53 лет. В молодости по характеру был общительным, любил компании. С возрастом стал более замкнутым, стало раздражать общение с людьми, старался больше времени проводить с семьей. Соматически благополучен.

Около 53 лет возник конфликт с соседями, проживающими на верхнем этаже, из-за шума, который создавал их ребенок, ситуация разрешилась после развода с женой и переезда в квартиру родителей. В 60 лет вновь стал обращать внимание на шум соседей сверху, беспокоил скрип при перестановке предметов, слышал шум заводных машинок, передвигающихся по полу. Подобные звуки вызывали «эмоциональные переживания», мешали сосредоточиться. Постепенно посторонние звуки стали мешать не только дома, но и на работе. Постепенно снизилось настроение, ощущал себя разбитым, трудно было сосредоточиться на работе. Стало казаться, что в таком состоянии долго не проживет и может умереть. Постепенно шум начал вызывать неприятные в теле, сильную тяжесть в конечностях. По рекомендации терапевта обратился к психиатру, был рекомендован прием рисполепта, но через полгода прекратил прием, т.к. не почувствовал эффекта от лечения. Через год повторно обратился за консультацией к психиатру. На приеме жалуется на сниженное настроение, ничем не может заниматься, с трудом преподает. Дома постоянно мешают посторонние звуки, которые провоцируются соседями сверху, пытается от них защититься наушниками, но это мало помогает, т.к. звуки проникают в голову, даже сквозь наушники. Отмечает, что звуки на него плохо воздействуют, вызывают различные неприятные ощущения в теле.

Задание:

1) Определите синдром и заболевание.
2) Определите возможную схему терапии.

Задача № 20

В ПНД обратилась пациентка А., 76 лет в сопровождении дочери. Соглашается на беседу с психиатром. При осмотре: движения замедлены, выражение лица недовольное, голос громкий. Правильно ориентирована в месте, времени, собственной личности. Понимает, что пришла в диспансер, но «психом» себя не считает. Жалоб не предъявляет. Известно, что после смерти супруга в течение последних трех лет пациентка проживает одна, полностью себя обсуживает. По характеру всегда была пунктуальной, недоверчивой, тревожной. Около трех лет отмечаются неустойчивый фон настроения, нарушения сна, обвиняет соседей, проживающих этажом выше, что они проникают в квартиру, воруют вещи, а потом «подкидывают назад». Убеждена, что они специально передвигают и портят ее вещи (замечает это по царапинам на мебели). Вынуждена была установить дополнительный замок на входную дверь. Специально по ночам «что-то пилят, сверлят», эпизодически нечетко слышит, как они обсуждают ее. Планирует обратиться в полицию, т.к. подозревает, что соседи по ночам варят «зелье», чувствует это по запаху на кухне. Предполагает, что они хотят «извести» ее с целью завладеть квартирой. Дочь, как и другие жильцы, ее предположения не подтверждает, но стараются не спорить с ней. Вне своей кварты, например, находясь в квартире у дочери или в магазине, пациентка чувствует себя спокойно, поведение адекватное. Суицидальных тенденций не обнаруживает. Хотя дочь настаивает, от госпитализации отказывается. Соглашается на прием лекарств дома, так как «устала от шума и надо набраться сил до начала дачного сезона».

Задание:

1) Установите диагноз.

2) Требуется ли согласие пациента при первичном обследовании психиатра? Определите необходимую в данном случае форму психиатрической помощи.

3) В случае сделки по купле-продаже недвижимости, может ли пациент быть стороной этой сделки?

Итоговое собеседование (3 этап)

Теоретические вопросы

1. Предмет и задачи психиатрии. Современное состояние психиатрии и ее место среди фундаментальных наук. Критерии психического здоровья. Понятие «нормы» в психиатрии. Эпидемиологические аспекты психического здоровья. Биопсихосоциальная модель психических расстройств.

2. Основные этапы развития психиатрии. Донаучный период. Греко-римские медицинские школы. Средние века и эпоха Возрождения. Период конца XVIII века и начало XIX веков. Реформы В.Кьяруджи и Ф.Пинеля. Научный этап, фармакологический этап. Вклад Д.Эскироля, И.Рейля, В.Гризингера, Д.Джексона, Ж.П.Фальре, Ж.Байярдже, Э.Крепелина, Э.Блейлера, З.Фрейда, К.Ясперса, К.Бонгеффера, Э.Кречмера, К.Шнайдера, К.Вернике, К.Клейста, К. Леонгарда, А.Кронфельда, Ж.Делэ и П.Деникера, Г.Хубера, А. Карлссона в развитие психиатрии.

3. Монастырский этап в истории психиатрии. Первый учебник по психиатрии на русском языке П.А.Бутковского (1834), открытие первых психиатрических отделений в конце XVIII века. Строительство первых больниц, психиатрия земского периода. Вклад И.М.Балинского, И.П.Мержеевского, В.Х.Кандинского, В.М.Бехтерева, С.С.Корсакова, В.П.Сербского, П.Б.Ганнушкина в развитие отечественной психиатрии. Реорганизация психиатрической помощи в советский период, организации научно-исследовательских институтов и центров. Вклад В.А.Гиляровского, Г.Е.Сухаревой, Т.П.Симпсон, Д.Е.Мелехова, А.В.Снежневского, Р.А.Наджарова, Э.Я.Штейнберга, А.Е.Личко, А.С.Тиганова, А.Б.Смулевича в развитие отечественной психиатрии.

4. Психопатология ощущений: гиперестезия, гипестезия, анестезия; сенестопатии, парестезии.

5. Психопатология восприятия: психосенсорные расстройства (метаморфопсии, нарушения восприятия «схемы тела», макропсии, микропсии, дисмегалопсии, порропсии, оптическая аллестезия, полиопия, тахихрония, брадихрония), иллюзии, (аффективные, вербальные, парейдолии), галлюцинации (истинные галлюцинации, псевдогаллюцинации; слуховые, зрительные, обонятельные, вкусовые, тактильные, висцеральные, кинестетические галлюцинации; функциональные, рефлекторные, апперцептивные, гипногагические, гипнопомпические психогенные галлюцинации, галлюцинации Шарля Бонне; экстракампинные, гемианоптические).

6. Психопатология памяти: дисмнезии (гипомнезия, гипермнезия, амнезия); парамнезии (псевдореминисценции, криптомнезии, конфабуляции, эхомнезии, галлюцинаторные воспоминания Кальбаума, псевдогаллюцинаторные псевдовоспоминания). Варианты амнезий (ретроградная, антероградная, конградная, тотальная, фиксационная, прогрессирующая, ретардированная, стационарная, регрессирующая, аффектогенная, истерическая).

7. Навязчивости идеаторные (навязчивые сомнения, абстрактные навязчивые мысли, контрастные навязчивости, навязчивые воспоминания); навязчивости, сочетающиеся с аффектом – фобии (нозофобии, страх пространства и явлений, происходящих в нем, социофобии); навязчивые волевые расстройства (навязчивые влечения, навязчивые действия (ритуалы).

8. Сверхценные идеи (дисморфофобические, ипохондрические, изобретательства, реформаторства, талантливости, виновности, эротические, ревности, сутяжничества).

9. Бредовое расстройство: стадия формирования бреда, систематизированный и несистематизированный бред, индуцированныей, конфабуляторный, резидуальный бред, классификация бредовых расстройств по содержанию (персекуторный, экспансивный, депрессивный), по механизмам формирования (интерпретативный, чувственный, образный, воображения).

10. Психопатология мышления Расстройства формы ассоциативного процесса (ускорение, замедление, детализация, обстоятельность, вязкость, витиеватость, соскальзывание, резонерство, разноплановость, аморфность, разорванность, бессвязность, речевые стереотипии).

11. Психопатология эмоций: продуктивные эмоциональные расстройства: гипотимия (тоска, тревога, растерянность, страх), гипертимия (эйфория, благодушие, экстаз, гневливость), паратимия (амбивалентность, эмоциональная неадекватность, феномен «дерево и стекло»), нарушение динамики эмоций (эмоциональная лабильность, тугоподвижность эмоций, слабодушие). Негативные эмоциональные расстройства: сужение эмоционального резонанса, эмоциональная нивелировка, побледнение эмоций, эмоциональная тупость.

12. Психопатология моторики и воли: возбуждение (маниакальное, тревожно-депрессивное – ажитация, кататоническое, галлюцинаторное, бредовое), двигательное торможение (гипокинезия, акинезия, гипомимия, амимия, мутизм), паракинезии (эхопраксия, эхолалия, речевые стереотипии (вербигерации и персеверации), двигательные стереотипии, вычурность, манерность, негативизм, восковая гибкость, пассивная подчиняемость).

13. Мотивационно-волевые расстройства. Угнетение (анорексия, снижение либидо, гипобулия, абулия); усиление (булимия, гиперсексуальность, гипербулия); извращение (навязчивые влечения, компульсивные влечения, импульсивные влечения).

14. Психопатология внимания: рассеянность, истощаемость, нарушение распределения, тугоподвижность, отвлекаемость).

15. Расстройства речи: дизартрия, афазия (моторная, сенсорная, амнестическая), парафазия, акатофазия, шизофазия, неологизмы, криптолалия, речевые итерации, эхолалия, заикание, логоклония, спотыкание, логорея, брадифазия, олигофазия, вербигерация, мутизм.

16. Расстройства самосознания, разновидности деперсонализации и дереализации. Аутопсихическая, аллопсихическая и соматопсихическая деперсонализация. Бредовая деперсонализация.

17. Психопатология сознания (снижение, выключение, помрачение). Синдромы его выключения (обнубиляция, оглушение, сопор, кома) или помрачения (онейроид, делирий, сумеречное помрачение сознания).

18. Аффект физиологический и аффект патологический.

19. Нарушения воображения: синдром дефицита воображения, синдром патологического воображения, мифомания, псевдология, патография.

20. Синдром как основная единица общей психопатологии. Понятие о симптомокомплексе и синдроме. Степень их нозологической специфичности.

21. Основные психопатологические синдромы: астенический, обсессивный, истерические, деперсонализации и дереализации, психосенсорных расстройств, импульсивных влечений, сверхценных идей, ипохондрический и сенестопатический, аффективный, галлюцинаторный, бредовой, галлюцинаторно-бредовой, парафренный, кататонический, гебефренный, помрачения сознания, судорожные, паралитический и псевдопаралитический, Корсаковский (амнестический), психоорганический, негативных расстройств.

22. Соотношение общепатологических позитивных и негативных синдромов по А.В. Снежневскому (1983).

23. Закономерности синдромообразования в течении психических заболеваний.

24. Клинико-психопатологический метод исследования: сбор объективного и субъективного анамнеза, расспрос (клиническое интервью), наблюдение. Изучение структуры истории жизни и болезни пациента. Методы стандартизации диагностики и количественная оценка состояния психически больных. Диагностические и оценочные (рейтинговые) шкалы. Патопсихологическое обследование. Параклиническое обследование больных (лабораторные, генетические и морфологические методы исследования).

25. Организация экспертизы временной нетрудоспособности. Нормативные документы. Экспертиза стойкой утраты трудоспособности. Показания и порядок направления больного на МСЭ.

26. Современные классификации психических расстройств (принципы, разделы, диагностические критерии, указания, изменения, нововведения).

27. Категориальный и дименсиональный подход к диагностике в психиатрии (общие и частные вопросы, роль психометрической оценки при диагностике в психиатрии).

28. Международная классификация болезней (10 пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике.

29. Современные международные классификации МКБ-11 и DSM-V.

30. Основные принципы психофармакотерапии. Основные классы психофармакологических препаратов, механизмы их действия, основные терапевтические и побочные эффекты. Вопросы фармакокинетика и фармакодинамика психофармакологических средств. Лекарственное взаимодействие. Этапы психофармакотерапии.

31. Антипсихотики: дефиниция, история создания и внедрения, классификация, нейрохимические механизмы действия. Основные показания и поротивопоказания.

32. Антидепресссанты: дефиниция, история создания и внедрения, классификация, нейрохимические механизмы действия, векторы клинической эффективности, нежелательные эффекты антипсихотиков.

33. Транквилизаторы: понятие, нейрохимические механизмы, показания к применению, побочные эффекты.

34. Нормотимики: понятие, нейрохимические механизмы, показания к применению, побочные эффекты.

35. Лекарственные средства для лечения деменции и когнитивных расстройств: классификация, показания к применению, выбор дозировок, побочные эффекты.

36. Электросудорожная терапия: показания, правовые основания, эффективность, правила и техника проведения. Транскраниальная магнитная стимуляция: показания, эффективность, правила и техника проведения. Стимуляция блуждающего нерва, фототерапия, инсулинотерапия

37. Классификация основных направлений психотерапии. Общие факторы и интегративные модели психотерапии. Групповая и индивидуальная психотерапия Факторы лечебного действия психотерапии. Психотерапия в психиатрической клинике. Оценка эффективности психотерапии. Современные тенденции и перспективы развития психотерапии.

38. Неотложные состояния в психиатрии. Купирование психомоторного возбуждения. Фебрильная кататония. Злокачественный нейролептический синдром. Ступорозные состояния. Серотониновый синдром. Отказ от приема пищи.

39. Основные понятия и определения психосоциальной реабилитации, ее цели и задачи. Концепция системно-ориентированной модели психосоциальной реабилитации. Биологические основы психосоциального лечения/психосоциальной реабилитации. Формы реабилитационной помощи и виды психосоциальных вмешательств. Обзор психосоциальных вмешательств с доказанной эффективностью, разработанных отечественными и зарубежными специалистами.

40. Формы профилактики психических заболеваний. Первичная, вторичная и третичная профилактика. Современные подходы и терапевтические возможности.

41. Структурно-функциональные основы деятельности мозга. Генетические, эпигенетические, иммунологические исследования психических расстройств. Методы нейровизуализации и нейропсихологии в психиатрии, показания к назначению в клинической практике, их ограничения.

42. Методы нейрофизиологических обследований. ЭЭГ диагностика в психиатрии: методики, цели и показания. Процедура проведения нейрофизиологического обследования. Определение движения глаз и роли их нарушений при психической патологии. Патологическая анатомия психозов. Нейрокогнитивный подход к изучению психических процессов в норме и при патологии.

43. Вопросы патогенеза психических заболеваний. Современные концепции развития психических заболеваний.

44. Патопсихологическая диагностика в клинике. Структура основных патопсихологических синдромов, характеризующих психический статус пациентов с психиатрической патологией.

45. Шизофрения как самостоятельная нозологическая единица. Основные исторические вехи изучения шизофрении. Вклад школы НЦПЗ в изучение шизофрении и расстройств шизофренического спектра. Современные концепции патогенеза шизофрении. Современные диагностические критерии. Эпидемиология, вопросы распространенности. Продуктивные и негативные психопатологические синдромы. Понятие о шизофреническом дефекте в контексте "минус-симптомов", современные двух- и пяти-факторные модели негативных симптомов при шизофрении. Понятие о стадиях шизофренического процесса. Типичные клинические проявления и течения.

46. Формы и варианты течения шизофрении. Непрерывно текущая злокачественная (ядерная) форма шизофрении (простой, кататонический, гебефренический, галлюцинаторно-бредовой варианты). Параноидная шизофрения (бредовой и галлюцинаторный варианты). Приступообразно-прогредиентная (шубообразная) шизофрения. Рекурентная (периодическая) шизофрения. Фебрильная кататония.

47. Исторические аспекты формирования концепции шизотипического расстройства. Критерии диагностики, особенности клиники шизотипического расстройства личности, псевдоневротической и псевдопсихопатической шизофрении.

48. Шизоаффективное психоз (история вопроса, эпидемиология, клиника). Понятие о "третьей болезни", современное состояние проблемы. Место шизоаффективного психоза в современных классификациях. Острые и полиморфные психотические расстройства; индуцированное бредовое расстройство – критерии диагностики.

49. Современные подходы к терапии расстройств шизофренического спектра. Купирующая, поддерживающая и профилактическая терапия. Вопросы комплексной терапии. Психосоциальная реабилитация.

50. Клинические классификации аффективных расстройств. Вопросы эпидемиологии и этиопатогенеза.

51. Депрессивный эпизод: клинико-психопатологические проявления, критерии диагностики, психопатологические варианты.

52. Рекуррентное депрессивное расстройство: клинико-психопатологические проявления, критерии диагностики, психопатологические варианты и типы течения, возрастные особенности, дифференциальный диагноз.

53. Маниакальный и смешанный эпизоды: клинико-психопатологические проявления, критерии диагностики, психопатологические варианты, возрастные особенности, дифференциальный диагноз.

54. Биполярное аффективное расстройство: клинико-психопатологические проявления, критерии диагностики, психопатологические варианты и типы течения, возрастные особенности, дифференциальный диагноз. Клиническая систематика депрессий, маний, смешанных состояний. Представление о типах биполярного аффективного расстройства.

55. Циклотимическое и дистимическое расстройство. Клинические проявления, закономерности течения и критерии диагностики.

56. Современные подходы к терапии расстройств аффективного спектра. Купирующая, поддерживающая и профилактическая терапия. Вопросы комплексной терапии. Психосоциальная реабилитация.

57. Суицидальное поведение: вопросы диагностики, терапии и превенции. Общая характеристика и эпидемиология суицида. Характеристика и теории суицидального поведения. Этапы развития суицидального поведения, классификация и причины суицида.

58. Суицидальное поведение и несуицидальные самоповреждения. Возрастные и психопатологические аспекты суицида. Признаки суицидальных намерений, оценка риска самоубийства. Факторы повышенного риска самоубийства. Профилактика самоубийства. Поственция (психологическая помощь родственникам и друзьям самоубийцы). Требования к специалисту, работающему с суицидентами.

59. Классификация и клинические разновидности невротических расстройств. Тревожно-фобические расстройства: классификация.

60. Паническое расстройство и агорафобия: патогенез, психопатологические проявления и критерии диагностики, варианты динамики, лечение. Социальная фобия: психопатологические проявления и критерии диагностики, динамика, лечение.

61. Генерализованное тревожное расстройство: патогенез, психопатологические проявления и критерии диагностики, динамика, лечение.

62. Обсессивно-компульсивные расстройства: клинические варианты, психопатологические проявления, критерии диагностики, дифференциальный диагноз, динамика, лечение.

63. Конверсионные расстройства: патогенез, клинические варианты, сенсорные и двигательные проявления, психопатологические проявления, динамика, лечение.

64. Диссоциативные расстройства: патогенез, клинические варианты, психопатологические проявления, динамика. Лечение.

65. Неврастения: патогенез, диагностическое значение, клинические проявления и дифференциальный диагноз, лечение.

66. Небредовая ипохондрия: классификация, клинические проявления, дифференциальный диагноз, динамика, лечение.

67. Реактивные (психогенные) психозы: история изучения, распространенность, классификация, патогенез.

68. Аффективно-шоковые реакции (острая психогенная реакция на стресс): клиническая картина, динамика, оказание психиатрической помощи.

69. Психогенная депрессия и психогенная гипомания: психопатологические проявления, динамика, дифференциальный диагноз, лечение.

70. Психогенный параноид: психопатологические проявления, динамика, дифференциальный диагноз, лечение.

71. Истерические психотические расстройства: психопатологические проявления, клинические варианты, динамика, дифференциальный диагноз, лечение.

72. Реакции боевого стресса (психические расстройства, развивающиеся в боевой обстановке): патогенные факторы, клинические варианты, психопатологические проявления, динамика, организация психиатрической помощи в зоне боевых действий, методы лечения, отдаленные последствия.

73. Посттравматическое стрессовое расстройство: психопатологические проявления и критерии диагностики, течение болезни и прогноз, лечение. Боевое посттравматическое стрессовое расстройство и изменения личности: патогенез, психопатологические проявления, облигатные, факультативные и коморбидные симптомы, клинические варианты, лекарственная терапия и психотерапия.

74. Соматоформные расстройства: варианты, клинические проявления, дифференциальный диагноз, лечение. Соматоформная вегетативная дисфункция. Хроническое соматоформное расстройство.

75. Соматизированное расстройство: клиническая картина, диагностические критерии, динамика, лечение.

76. Ипохондрическое расстройство: варианты, клинические проявления, дифференциальный диагноз, лечение.

77. Психосоматическое расстройство: клиническая картина, диагностические критерии, динамика, лечение.

78. Расстройства личности: общая характеристика, основные разновидности, клинические проявления и динамика

79. Теории и типологические модели личности, представления о структуре личности, темпераменте, механизмах психологической защиты, биологические и психосоциалдьные основы развития аномалий личности и их патогенетическая классификация.

80. Общие психопатологические проявления, основные критерии диагностики и динамика расстройств личности, степень тяжести, выраженные личностные черты и паттерны поведения (негативная эмоциональность, отстраненность, диссоциальность, расторможенность, ананкастность, пограничный паттерн). Коморбидные расстройства.

81. Основные разновидности расстройств личности: шизоидное, параноидное (параноическое), диссоциальное, истерическое, нарциссическое, ананкастное, тревожное, зависимое, пограничное, эмоционально-неустойчивое: психологические и психопатологические проявления, критерии диагностики, биологические основы, уровень организации личности, механизмы психологической защиты, возможности и способы коррекции. Сочетанные типы расстройств личности.

82. Психические расстройства при органических заболеваниях ЦНС нейровоспалительного, нейродегенеративного, сосудистого, травматического генеза (история вопроса, общие понятия, эпидемиология, клиника, соматические проявления, параклинические исследования, терапия, организационные вопросы).

83. Психические нарушения при черепно-мозговой травме: клинико-психопатологические проявления, лечение.

84. Психические расстройства при аутоиммунном энцефалите: патогенез, психопатологические проявления, дифференциальный диагноз, лабораторная диагностика.

85. Психические расстройства при опухоли головного мозга: патогенез, клинические проявления.

86. Психические нарушения при инфекционно-органических заболеваниях головного мозга: психопатологические проявления и лечение порирodно-очаговых энцефалитов, герпетического энцефалита, коревого энцефалита, энцефалита вируса краснухи, прионовых болезней, нейросифилиса.

87. Нейропсихиатрические аспекты ВИЧ-инфекции.

88. Психические расстройства при демиелинизирующих заболеваниях, клиническое описание и дифференциация с нарушениями при шизофрении.

89. Симптоматические психозы – вопросы дифференциальной диагностики и терапии Распространенность. Клинические проявления и течение. Острые и затяжные симптоматические психозы. Психические нарушения при соматических неинфекционных и инфекционных заболеваниях. Психические нарушения при различных видах интоксикаций. Дифференциальный диагноз. Вопросы комплексной терапии.

90. Общая характеристика РПП, основные клинические варианты, возрастные особенности. Клиническая характеристика. Вопросы этиологии и патогенеза. Гипотезы возникновения. Вопросы классификации. Нервная анорексия. Нервная булимия. Психогенное переедание. Психогенная рвота. Другие расстройства приема пищи. Вопросы комплексной терапии.

91. Психопатологические симптомы и синдромы характерные для детско-подросткового возраста. Особенности психопатологический проявлений и динамики.

92. Нарушения умственного развития Методы выявления нарушения умственного развития, определение его степени. Задержка психического развития.

93. Расстройства аутистического спектра. Распространенность. Этиология и патогенез. Классификация. Клинические проявления и течение разных видов расстройств аутистического спектра. Детский аутизм эндогенный (эволютивный (синдром Каннера) и процессуальный). Атипичный аутизм. Синдром Ретта. Синдром Аспергера. Психогенный аутизм. Дифференциальный диагноз.

94. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью.

95. Оппозиционное, несоциализированное, социализированное расстройства поведения.

96. Аффективные расстройства в детском возрасте. Депрессии в детском возрасте. Гипоманиакальные состояния, циклотимия.

97. Особенности суицидального поведения в детском и подростковом возрасте.

98. Детская шизофрения. Критерии диагностики. Клиническая карттна, закономерности течения. Шизотипическое расстройство в детском возрасте.

99. Современные подходы к терапии расстройств детско-подросткового возраста. Купирующая, поддерживающая и профилактическая терапия. Вопросы комплексной терапии. Психосоциальная реабилитация.

100. Нейробиологические и психологические особенности юношеского возраста. Психопатологические синдромы юношеского возраста (гебоидный, метафизической интоксикации, дисморфофобический, гендерной дисфории, психастеноподобный, юношеской астенической несостоятельности, сензитивный бред отношений).

101. Особенности аффективных расстройств юношеского возраста.

102. Юношеская шизофрения (диагностика, терапия), особенности течения и исхода.

103. Аутоагрессивное поведение в юношеском возрасте. Суицидальное и несуицидальное самоповреждения.

104. Основы геронтопсихиатрии Организация геронтопсихиатрической помощи. Клиники памяти и амбулаторно-консультативная психогериатрическая помощь пациентам с мягким когнитивным снижением, с болезнью Альцгеймера и другими формами деменций позднего возраста.

105. Современные представления о нейрокогнитивных расстройствах позднего возраста. Современные алгоритмы диагностики и терапии болезни Альцгеймера (нарушения восприятия; расстройство мышления; нарушения сознания; нарушения памяти; интеллектуально-мнестические нарушения; нарушения критики).

106. Деменция с тельцами Леви и лобно-височная деменция: диагностические и терапевтические аспекты.

107. Деменция при болезни Паркинсона и болезни Гентингтона: диагностические и терапевтические аспекты.

108. Возможности диагностики и профилактики додементных расстройств в позднем возрасте. Методы нейропсихологической диагностики синдрома мягкого когнитивного снижения.

109. Синдром мягкого поведенческого расстройства как фактор риска развития деменции в позднем возрасте.

110. Психопатологические особенности депрессий в позднем возрасте. Затяжные и хронические депрессии. Проблема суицидального поведения в позднем возрасте. Особенности маниакальных и смешанных состояний. Особенности клиники, диагностики и терапии эндогенных аффективных расстройств в позднем возрасте.

111. Особенности клиники шизофрении манифестирующей в позднем возрасте (поздней шизофрении): вопросы диагностики и терапии.

Особые формы психозов позднего возраста: диагностика, лечение, профилактика. Делирий в позднем возрасте: диагностика, лечение, профилактика

112. Влияние культуральных традиций и особенностей на распространенность психических расстройств и формы их проявления. Эндогенные психотические состояния с религиозно-мистической фабулой бредовых расстройств, основные их разновидности. Бред одержимости как транскультуральный феномен. Депрессивные состояния с идеями греховности и богооставленности.

113. Основы сексопатологии: вопросы диагностики и комплексной терапии. Современные классификации сексуальных расстройств.

114. Расстройства половой идентичности. Парафилии. Садомазохизм и агрессивное сексуальное поведение. Педофилия и другие нарушения объекта влечения по возрасту. Эксгибиционизм. Фетишизм. Трансвестизм. Компульсивное расстройство сексуального поведения. Сексуальные расстройства при различных психических заболеваниях. Половая дисфункция не обусловленная органическими расстройствами или заболеваниями.

115. Психические расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Острая алкогольная интоксикация: простое алкогольное опьянение, измененные формы простого алкогольного опьянения, патологическое опьянение.

116. Зависимость от алкоголя: психопатологические проявления, стадии алкоголизма. Ремиссии при алкоголизме, их качество и длительность, рецидивы болезни.

117. Алкоголизм в сочетании с другими психическими расстройствами: психопатологические проявления, динамика, прогноз, лечение.

118. Лечение алкогольной зависимости: организационные формы, правовые основы и принципы, лекарственная терапия, психотерапия.

119. Алкогольные (метаалкогольные) психозы. Алкогольный делирий: патогенез, психопатологические, неврологические и соматическое проявления, стадии развития, основные клинические формы, лечение.

120. Острый и хронический алкогольный вербальный галлюциноз: психопатологические проявления, дифференциальный диагноз, динамика болезни, лечение.

121. Алкогольный параноид, алкогольная паранойя (алкогольный бред ревности), атипичные алкогольные психозы, острая алкогольная энцефалопатия Гайе-Вернике, хронические формы алкогольной энцефалопатии (Корсаковский психоз, алкогольный псевдопаралич): клинические проявления, дифференциальный диагноз, лечение.

122. Понятие наркомании, классификация наркоманий и токсикоманий. Клинические проявления наркомании: основные наркоманические синдромы, универсальные проявлений динамики наркоманий и токсикоманий.

123. Расстройства вследствие употребления каннабиса, синтетических каннабиноидов, опиоидов, седативных и снотворных средств, стимуляторов, синтетических катинонов, кофеина, галлюциногенов, никотина, летучих ингалянтов, МДМА, диссоциативных наркотических веществ, а также других уточненных и неуточненных психоактивных веществ, включая лекарственные средства: клинико-психопатологические и соматоневрологические проявления, дифференциальный диагноз, лечение.

124. Зависимость как особая форма поведения. Классификация. Патологическое влечение к азартным (гемблинг, лудомания) и компьютерным играм, эротическая зависимость, любовная зависимость, сексуальная зависимость.

125. Технологическая зависимость (интернет-зависимость, зависимость от мобильных телефонов, телевизионная зависимость). Пищевая зависимость.

3. Описание критериев и шкал оценивания компетенций

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

Тестирование

Результаты 1 этапа оцениваются оценками:

оценка «Отлично» – 90-100% правильных ответов;

оценка «Хорошо» – 80-89% правильных ответов;

оценка «Удовлетворительно» – 71-79% правильных ответов;

оценка «Неудовлетворительно» – 70% и менее правильных ответов.

Результаты тестирования объявляются обучающемуся сразу по окончании тестирования.

Решение о допуске к следующему этапу государственной итоговой аттестации обучающегося, получившего оценку «неудовлетворительно» на 1 этапе, в каждом отдельном случае принимается государственной экзаменационной комиссией.

Оценка практических навыков и умений

Результаты 2 этапа оцениваются оценками:

оценка «отлично» – выставляется ординатору, если он владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий;

оценка «хорошо» – выставляется ординатору, если он правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий;

оценка «удовлетворительно» – выставляется ординатору, если он испытывает затруднения при выполнении практических задач (с комплексной оценкой предложенной ситуации), выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов;

оценка «неудовлетворительно» – выставляется ординатору, который с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий, приводящую к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение 2 этапа государственной итоговой аттестации.

Обучающиеся, получившие оценку «неудовлетворительно» к 3 этапу государственного экзамена не допускаются, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

Итоговое собеседование

Результаты 3 этапа оцениваются оценками:

оценка «отлично» – выставляется ординатору, если он глубоко усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с

ответами при видоизменении заданий, умеет принять правильное решение и грамотно его обосновывать;

оценка «хорошо» – выставляется ординатору, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи;

оценка «удовлетворительно» – выставляется ординатору, если он имеет поверхностные знания программного материала, не усвоил его деталей, допускает неточности, оперирует недостаточно правильными формулировками, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала;

оценка «неудовлетворительно» – выставляется ординатору, который не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки.

В процессе проведения государственного экзамена обучающемуся могут быть заданы уточняющие или дополнительные (не включенные в билет) вопросы по программе государственного экзамена. По решению комиссии обучающийся может быть освобожден от необходимости полного ответа на вопрос билета, уточняющий или дополнительный вопрос.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение 3 этапа государственной итоговой аттестации.

Обучающиеся, получившие оценку «неудовлетворительно» на 3 этапе государственной итоговой аттестации считаются непрошедшими государственной итоговой аттестации, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

4. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации

1. Руководство по психиатрии в 2 томах под редакцией академика А.С.Тиганова. Т.1/А.С.Тиганов, Р 84 А.В.Снежневский, Д.Д.Орловская и др.; Под ред. А.С.Тиганова. — М.: Медицина, 2012. — 712 с: ил.,[2] л. ISBN 5-225-02676-1
2. Руководство по психиатрии в 2 томах под редакцией академика А.С.Тиганова. – Москва: Медицина. Т. 1. – 1999 г. – 710 с.: ил. – ISBN 5-225-02676-1. Шифр: В-4159. Режим доступа: https://emll.ru/find?iddb=17&ID=RUCML-BIBL-0000478352
3. Психиатрия: Научно-практический справочник. Под редакцией академика РАН Тиганова А.С. ООО Издательство "Медицинское информационное агентство", 2016 год. 608 страниц. ISBN 978-5-9986-0243-6
4. Психиатрия: национальное руководство / гл. ред.: Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов – 2-е изд., перераб. и доп. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022 г. – 1002 с.: ил.; 24 см. – (Национальные руководства). – ISBN 978-5-9704-7334-4. Шифр: В-9160. Режим доступа: https://emll.ru/find?iddb=17&ID=RUCML-BIBL-0001599556
5. Психиатрия: национальное руководство. Краткое издание [Электронный ресурс] / под ред. Ю. А. Александровского, Н. Г. Незнанова; отв. ред. Г. Э. Мазо. 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2025 г. – 765 с.: ил., табл.; 20 см. – (Национальные руководства). – ISBN 978-5-9704-9024-2. Шифр: А6-4612. Режим доступа: https://emll.ru/find?iddb=17&ID=RUCML-BIBL-0001666386
6. Психиатрия: руководство для врачей / Б. Д. Цыганков, С. А. Овсянников. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023 г. – 583 с.: портр., табл.; 25 см. – ISBN 978-5-9704-6986-6. Шифр: В-9200. Режим доступа: https://emll.ru/find?iddb=17&ID=RUCML-BIBL-0001603825
7. Психиатрия. Основы клинической психопатологии [Электронный ресурс]: учебник / Цыганков Б.Д., Овсянников С.А. – 3-е изд., стер. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021 г. – 383 с.: фот., табл.; 22 см. – (Учебник). – ISBN 978-5-9704-5876-1. Шифр: А6-339. Режим доступа: https://emll.ru/find?iddb=17&ID=RUCML-BIBL-0001546842
8. Незнанов, Н.Г. Тактика врача-психиатра / Н.Г. Незнанов, Г.Э. Мазо. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2025 г. – 293 с.: табл.; 24 см. – (Серия "Тактика врача").

– ISBN 978-5-9704-9067-9. Шифр: Б3-3101. Режим доступа: https://emll.ru/find?iddb=17&ID=RUCML-BIBL-0001670990

9. Шизофрения (детский и подростковый возраст): руководство для врачей / Е. Е. Балакирева, А. В. Куликов, А. А. Коваль-Зайцев [и др.]. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2025 г. – 89, [2] с.: табл.; 21 см. – (Руководство для врачей). – ISBN 978-5-9704-9450-9. Шифр: 03-57263. Режим доступа: https://emll.ru/find?iddb=17&ID=RUCML-BIBL-0001677965

10. Агрессия детей и подростков: клинические особенности и принципы терапии / Ю. Б. Можгинский. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023 г. – 86 с.: ил.; 21 см. – ISBN 978-5-9704-7674-1 Шифр: 03-51006. Режим доступа: https://emll.ru/find?iddb=17&ID=RUCML-BIBL-0001609223

11. Психиатрия. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Н. Краснова, Н. Г. Незнанова, В. Я. Семке, А. С. Тиганова; отв. ред. Ю. А. Александровский. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021 г. – 622 с.: ил.; 18 см. – (Национальные руководства). – ISBN 978-5-9704-6175-4. Шифр: А6-825. Режим доступа: https://emll.ru/find?iddb=17&ID=RUCML-BIBL-0001555759

12. Психиатрия: руководство для врачей / Б. Д. Цыганков, С. А. Овсянников. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023 г. – 583 с.: портр., табл.; 25 см. – ISBN 978-5-9704-6986-6. Шифр: В-9200. Режим доступа: https://emll.ru/find?iddb=17&ID=RUCML-BIBL-0001603825

13. Пограничные психические расстройства: руководство для врачей [Электронный ресурс] / Ю. А. Александровский и др. – 5-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021 г. – 546 с.: ил.; 21 см. – (Библиотека врача-специалиста: БВС, Психиатрия). – ISBN 978-5-9704-6298-0. Шифр: А6-1335. Режим доступа: https://emll.ru/find?iddb=17&ID=RUCML-BIBL-0001567115

14. Снежневский А.В. Общая психопатология: курс лекций. -М.: МЕДпресс-информ, 2001. – 208 с.

15. Снежневский А.В. Шизофрения (цикл лекций 1964 г.) / А.В. Снежневский; отв.ред.проф. В.С. Ястребов – н.: МЕДпресс-информ, 2009. – 160 с.

16. Личко А.Е. Подростковая психиатрия: (Руководство для врачей), - Изд. 2-е, доп. и перераб. - Л; Медицина; 1985; - 416 с., 2 л. ил.

17. Общая психопатология: Курс лекций / А.С. Тиганов. – 2-е изд., доп. -М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2016. – 184 с.

18. Учебное пособие. В.Г. Каледа «Психопатология юношеского возраста», Москва, ФГБНУ НЦПЗ, 2023.

19. Учебно-методическое пособие. А.А. Кулешов, Е.С. Крылова, В.Г. Каледа «Диагностика и терапия пограничного расстройства личности в юношеском возрасте», Москва, ФГБНУ НЦПЗ, 2023.

20. Учебное пособие. Омельченко М.А., Каледа В.Г. «Диагностика и терапия юношеской депрессий с аттенуированными симптомами шизофрении», Москва, ФГБНУ НЦПЗ, 2023.

21. Учебно-методическое пособие. Д.В. Тихонов, В.Г. Каледа «Особенности становления ремиссии после первого психотического приступа в юношеском возрасте», Москва, ФГБНУ НЦПЗ, 2023.

22. Учебно-методическое пособие. Т.И. Шишковская, И.В. Олейчик. «Депрессии на начальных этапах эндогенных психических расстройств (клинико-психопатологические и терапевтические аспекты)», Москва, ФГБНУ НЦПЗ, 2025.

23. Учебно-методическое пособие. Е.Б. Румянцева, С.В. Сизов, И.В. Олейчик. «Затяжные и хронические эндогенные маниакальные и маниакально-бредовые состояния (клинико-психопатологические аспекты, типология и вопросы лечения)», Москва, ФГБНУ НЦПЗ, 2025.

24. Учебно-методическое пособие. И.В. Олейчик, С.В. Сизов, П.А. Баранов. «Маниакально-парафренные состояния в структуре приступообразных эндогенных психозов», Москва, ФГБНУ НЦПЗ, 2025.

Перечень заданий к собеседованию (3 этап)

Теоретические вопросы

1. Предмет и задачи психиатрии. Современное состояние психиатрии и ее место среди фундаментальных наук. Критерии психического здоровья. Понятие «нормы» в психиатрии. Эпидемиологические аспекты психического здоровья. Биопсихосоциальная модель психических расстройств.
2. Основные этапы развития психиатрии. Донаучный период. Греко-римские медицинские школы. Средние века и эпоха Возрождения. Период конца XVIII века и начало XIX веков. Реформы В.Кьяруджи и Ф.Пинеля. Научный этап, фармакологический этап. Вклад Д.Эскироля, И.Рейля, В.Гризингера, Д.Джексона, Ж.П.Фальре, Ж.Байярдже, Э.Крепелина, Э.Блейлера, З.Фрейда, К.Ясперса, К.Бонгеффера, Э.Кречмера, К.Шнайдера, К.Вернике, К.Клейста, К. Леонгарда, А.Кронфельда, Ж.Делэ и П.Деникера, Г.Хубера, А. Карлссона в развитие психиатрии.
3. Монастырский этап в истории психиатрии. Первый учебник по психиатрии на русском языке П.А.Бутковского (1834), открытие первых психиатрических отделений в конце XVIII века. Строительство первых больниц, психиатрия земского периода. Вклад И.М.Балинского, И.П.Мержеевского, В.Х.Кандинского, В.М.Бехтерева, С.С.Корсакова, В.П.Сербского, П.Б.Ганнушкина в развитие отечественной психиатрии. Реорганизация психиатрической помощи в советский период, организации научно-исследовательских институтов и центров. Вклад В.А.Гиляровского, Г.Е.Сухаревой, Т.П.Симпсон, Д.Е.Мелехова, А.В.Снежневского, Р.А.Наджарова, Э.Я.Штейнберга, А.Е.Личко, А.С.Тиганова, А.Б.Смулевича в развитие отечественной психиатрии.
4. Психопатология ощущений: гиперестезия, гипестезия, анестезия; сенестопатии, парестезии.
5. Психопатология восприятия: психосенсорные расстройства (метаморфопсии, нарушения восприятия «схемы тела», макропсии, микропсии, дисмегалопсии, порропсии, оптическая аллестезия, полиопия, тахихрония, брадихрония), иллюзии, (аффективные, вербальные, парейдолии), галлюцинации (истинные галлюцинации, псевдогаллюцинации; слуховые, зрительные, обонятельные, вкусовые, тактильные, висцеральные, кинестетические галлюцинации; функциональные, рефлекторные, апперцептивные, гипногагические, гипнопомпические психогенные галлюцинации, галлюцинации Шарля Бонне; экстракампинные, гемианоптические).
6. Психопатология памяти: дисмнезии (гипомнезия, гипермнезия, амнезия); парамнезии (псевдореминисценции, криптомнезии, конфабуляции, эхомнезии, галлюцинаторные воспоминания Кальбаума, псевдогаллюцинаторные псевдовоспоминания). Варианты амнезий (ретроградная, антероградная, конградная, тотальная, фиксационная, прогрессирующая, ретардированная, стационарная, регрессирующая, аффектогенная, истерическая).
7. Навязчивости идеаторные (навязчивые сомнения, абстрактные навязчивые мысли, контрастные навязчивости, навязчивые воспоминания); навязчивости, сочетающиеся с аффектом – фобии (нозофобии, страх пространства и явлений, происходящих в нем, социофобии); навязчивые волевые расстройства (навязчивые влечения, навязчивые действия (ритуалы).
8. Сверхценные идеи (дисморфофобические, ипохондрические, изобретательства, реформаторства, талантливости, виновности, эротические, ревности, сутяжничества).
9. Бредовое расстройство: стадия формирования бреда, систематизированный и несистематизированный бред, индуцированныей, конфабуляторный, резидуальный бред,

классификация бредовых расстройств по содержанию (персекуторный, экспансивный, депрессивный), по механизмам формирования (интерпретативный, чувственный, образный, воображения).

10. Психопатология мышления Расстройства формы ассоциативного процесса (ускорение, замедление, детализация, обстоятельность, вязкость, витиеватость, соскальзывание, резонерство, разноплановость, аморфность, разорванность, бессвязность, речевые стереотипии).

11. Психопатология эмоций: продуктивные эмоциональные расстройства: гипотимия (тоска, тревога, растерянность, страх), гипертимия (эйфория, благодушие, экстаз, гневливость), паратимия (амбивалентность, эмоциональная неадекватность, феномен «дерево и стекло»), нарушение динамики эмоций (эмоциональная лабильность, тугоподвижность эмоций, слабодушие). Негативные эмоциональные расстройства: сужение эмоционального резонанса, эмоциональная нивелировка, побледнение эмоций, эмоциональная тупость.

12. Психопатология моторики и воли: возбуждение (маниакальное, тревожно-депрессивное – ажитация, кататоническое, галлюцинаторное, бредовое), двигательное торможение (гипокинезия, акинезия, гипомимия, амимия, мутизм), паракинезии (эхопраксия, эхолалия, речевые стереотипии (вербигерации и персеверации), двигательные стереотипии, вычурность, манерность, негативизм, восковая гибкость, пассивная подчиняемость).

13. Мотивационно-волевые расстройства. Угнетение (анорексия, снижение либидо, гипобулия, абулия); усиление (булимия, гиперсексуальность, гипербулия); извращение (навязчивые влечения, компульсивные влечения, импульсивные влечения).

14. Психопатология внимания: рассеянность, истощаемость, нарушение распределения, тугоподвижность, отвлекаемость).

15. Расстройства речи: дизартрия, афазия (моторная, сенсорная, амнестическая), парафазия, акатофазия, шизофазия, неологизмы, криптолалия, речевые итерации, эхолалия, заикание, логоклония, спотыкание, логорея, брадифазия, олигофазия, вербигерация, мутизм.

16. Расстройства самосознания, разновидности деперсонализации и дереализации. Аутопсихическая, аллопсихическая и соматопсихическая деперсонализация. Бредовая деперсонализация.

17. Психопатология сознания (снижение, выключение, помрачение). Синдромы его выключения (обнубиляция, оглушение, сопор, кома) или помрачения (онейроид, делирий, сумеречное помрачение сознания).

18. Аффект физиологический и аффект патологический.

19. Нарушения воображения: синдром дефицита воображения, синдром патологического воображения, мифомания, псевдология, патография.

20. Синдром как основная единица общей психопатологии. Понятие о симптомокомплексе и синдроме. Степень их нозологической специфичности.

21. Основные психопатологические синдромы: астенический, обсессивный, истерические, деперсонализации и дереализации, психосенсорных расстройств, импульсивных влечений, сверхценных идей, ипохондрический и сенестопатический, аффективный, галлюцинаторный, бредовой, галлюцинаторно-бредовой, парафренный, кататонический, гебефренный, помрачения сознания, судорожные, паралитический и псевдопаралитический, Корсаковский (амнестический), психоорганический, негативных расстройств.

22. Соотношение общепатологических позитивных и негативных синдромов по А.В. Снежневскому (1983).

23. Закономерности синдромообразования в течении психических заболеваний.

24. Клинико-психопатологический метод исследования: сбор объективного и субъективного анамнеза, расспрос (клиническое интервью), наблюдение. Изучение структуры истории жизни и болезни пациента. Методы стандартизации диагностики и количественная оценка состояния психически больных. Диагностические и оценочные (рейтинговые) шкалы. Патопсихологическое обследование. Параклиническое обследование больных (лабораторные, генетические и морфологические методы исследования).

25. Организация экспертизы временной нетрудоспособности. Нормативные документы. Экспертиза стойкой утраты трудоспособности. Показания и порядок направления больного на МСЭ.

26. Современные классификации психических расстройств (принципы, разделы, диагностические критерии, указания, изменения, нововведения).

27. Категориальный и дименсиональный подход к диагностике в психиатрии (общие и частные вопросы, роль психометрической оценки при диагностике в психиатрии).

28. Международная классификация болезней (10 пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике.

29. Современные международные классификации МКБ-11 и DSM-V.

30. Основные принципы психофармакотерапии. Основные классы психофармакологических препаратов, механизмы их действия, основные терапевтические и побочные эффекты. Вопросы фармакокинетика и фармакодинамика психофармакологических средств. Лекарственное взаимодействие. Этапы психофармакотерапии.

31. Антипсихотики: дефиниция, история создания и внедрения, классификация, нейрохимические механизмы действия. Основные показания и поротивопоказания.

32. Антидепресссанты: дефиниция, история создания и внедрения, классификация, нейрохимические механизмы действия, векторы клинической эффективности, нежелательные эффекты антипсихотиков.

33. Транквилизаторы: понятие, нейрохимические механизмы, показания к применению, побочные эффекты.

34. Нормотимики: понятие, нейрохимические механизмы, показания к применению, побочные эффекты.

35. Лекарственные средства для лечения деменции и когнитивных расстройств: классификация, показания к применению, выбор дозировок, побочные эффекты.

36. Электросудорожная терапия: показания, правовые основания, эффективность, правила и техника проведения. Транскраниальная магнитная стимуляция: показания, эффективность, правила и техника проведения. Стимуляция блуждающего нерва, фототерапия, инсулинотерапия

37. Классификация основных направлений психотерапии. Общие факторы и интегративные модели психотерапии. Групповая и индивидуальная психотерапия Факторы лечебного действия психотерапии. Психотерапия в психиатрической клинике. Оценка эффективности психотерапии. Современные тенденции и перспективы развития психотерапии.

38. Неотложные состояния в психиатрии. Купирование психомоторного возбуждения. Фебрильная кататония. Злокачественный нейролептический синдром. Ступорозные состояния. Серотониновый синдром. Отказ от приема пищи.

39. Основные понятия и определения психосоциальной реабилитации, ее цели и задачи. Концепция системно-ориентированной модели психосоциальной реабилитации. Биологические основы психосоциального лечения/психосоциальной реабилитации. Формы реабилитационной помощи и виды психосоциальных вмешательств. Обзор

психосоциальных вмешательств с доказанной эффективностью, разработанных отечественными и зарубежными специалистами.

40. Формы профилактики психических заболеваний. Первичная, вторичная и третичная профилактика. Современные подходы и терапевтические возможности.

41. Структурно-функциональные основы деятельности мозга. Генетические, эпигенетические, иммунологические исследования психических расстройств. Методы нейровизуализации и нейропсихологии в психиатрии, показания к назначению в клинической практике, их ограничения.

42. Методы нейрофизиологических обследований. ЭЭГ диагностика в психиатрии: методики, цели и показания. Процедура проведения нейрофизиологического обследования. Определение движения глаз и роли их нарушений при психической патологии. Патологическая анатомия психозов. Нейрокогнитивный подход к изучению психических процессов в норме и при патологии.

43. Вопросы патогенеза психических заболеваний. Современные концепции развития психических заболеваний.

44. Патопсихологическая диагностика в клинике. Структура основных патопсихологических синдромов, характеризующих психический статус пациентов с психиатрической патологией.

45. Шизофрения как самостоятельная нозологическая единица. Основные исторические вехи изучения шизофрении. Вклад школы НЦПЗ в изучение шизофрении и расстройств шизофренического спектра. Современные концепции патогенеза шизофрении. Современные диагностические критерии. Эпидемиология, вопросы распространенности. Продуктивные и негативные психопатологические синдромы. Понятие о шизофреническом дефекте в контексте "минус-симптомов", современные двух- и пяти-факторные модели негативных симптомов при шизофрении. Понятие о стадиях шизофренического процесса. Типичные клинические проявления и течения.

46. Формы и варианты течения шизофрении. Непрерывно текущая злокачественная (ядерная) форма шизофрении (простой, кататонический, гебефренический, галлюцинаторно-бредовой варианты). Параноидная шизофрения (бредовой и галлюцинаторный варианты). Приступообразно-прогредиентная (шубообразная) шизофрения. Рекурентная (периодическая) шизофрения. Фебрильная кататония.

47. Исторические аспекты формирования концепции шизотипического расстройства. Критерии диагностики, особенности клиники шизотипического расстройства личности, псевдоневротической и псевдопсихопатической шизофрении.

48. Шизоаффективное психоз (история вопроса, эпидемиология, клиника). Понятие о "третьей болезни", современное состояние проблемы. Место шизоаффективного психоза в современных классификациях. Острые и полиморфные психотические расстройства; индуцированное бредовое расстройство – критерии диагностики.

49. Современные подходы к терапии расстройств шизофренического спектра. Купирующая, поддерживающая и профилактическая терапия. Вопросы комплексной терапии. Психосоциальная реабилитация.

50. Клинические классификации аффективных расстройств. Вопросы эпидемиологии и этиопатогенеза.

51. Депрессивный эпизод: клинико-психопатологические проявления, критерии диагностики, психопатологические варианты.

52. Рекуррентное депрессивное расстройство: клинико-психопатологические проявления, критерии диагностики, психопатологические варианты и типы течения, возрастные особенности, дифференциальный диагноз.

53. Маниакальный и смешанный эпизоды: клинико-психопатологические проявления, критерии диагностики, психопатологические варианты, возрастные особенности, дифференциальный диагноз.

54. Биполярное аффективное расстройство: клинико-психопатологические проявления, критерии диагностики, психопатологические варианты и типы течения, возрастные особенности, дифференциальный диагноз. Клиническая систематика депрессий, маний, смешанных состояний. Представление о типах биполярного аффективного расстройства.

55. Циклотимическое и дистимическое расстройство. Клинические проявления, закономерности течения и критерии диагностики.

56. Современные подходы к терапии расстройств аффективного спектра. Купирующая, поддерживающая и профилактическая терапия. Вопросы комплексной терапии. Психосоциальная реабилитация.

57. Суицидальное поведение: вопросы диагностики, терапии и превенции. Общая характеристика и эпидемиология суицида. Характеристика и теории суицидального поведения. Этапы развития суицидального поведения, классификация и причины суицида.

58. Суицидальное поведение и несуицидальные самоповреждения. Возрастные и психопатологические аспекты суицида. Признаки суицидальных намерений, оценка риска самоубийства. Факторы повышенного риска самоубийства. Профилактика самоубийства. Поственция (психологическая помощь родственникам и друзьям самоубийцы). Требования к специалисту, работающему с суицидентами.

59. Классификация и клинические разновидности невротических расстройств. Тревожно-фобические расстройства: классификация.

60. Паническое расстройство и агорафобия: патогенез, психопатологические проявления и критерии диагностики, варианты динамики, лечение. Социальная фобия: психопатологические проявления и критерии диагностики, динамика, лечение.

61. Генерализованное тревожное расстройство: патогенез, психопатологические проявления и критерии диагностики, динамика, лечение.

62. Обсессивно-компульсивные расстройства: клинические варианты, психопатологические проявления, критерии диагностики, дифференциальный диагноз, динамика, лечение.

63. Конверсионные расстройства: патогенез, клинические варианты, сенсорные и двигательные проявления, психопатологические проявления, динамика, лечение.

64. Диссоциативные расстройства: патогенез, клинические варианты, психопатологические проявления, динамика. Лечение.

65. Неврастения: патогенез, диагностическое значение, клинические проявления и дифференциальный диагноз, лечение.

66. Небредовая ипохондрия: классификация, клинические проявления, дифференциальный диагноз, динамика, лечение.

67. Реактивные (психогенные) психозы: история изучения, распространенность, классификация, патогенез.

68. Аффективно-шоковые реакции (острая психогенная реакция на стресс): клиническая картина, динамика, оказание психиатрической помощи.

69. Психогенная депрессия и психогенная гипомания: психопатологические проявления, динамика, дифференциальный диагноз, лечение.

70. Психогенный параноид: психопатологические проявления, динамика, дифференциальный диагноз, лечение.

71. Истерические психотические расстройства: психопатологические проявления, клинические варианты, динамика, дифференциальный диагноз, лечение.

72. Реакции боевого стресса (психические расстройства, развивающиеся в боевой обстановке): патогенные факторы, клинические варианты, психопатологические проявления, динамика, организация психиатрической помощи в зоне боевых действий, методы лечения, отдаленные последствия.

73. Посттравматическое стрессовое расстройство: психопатологические проявления и критерии диагностики, течение болезни и прогноз, лечение. Боевое посттравматическое стрессовое расстройство и изменения личности: патогенез, психопатологические проявления, облигатные, факультативные и коморбидные симптомы, клинические варианты, лекарственная терапия и психотерапия.

74. Соматоформные расстройства: варианты, клинические проявления, дифференциальный диагноз, лечение. Соматоформная вегетативная дисфункция. Хроническое соматоформное расстройство.

75. Соматизированное расстройство: клиническая картина, диагностические критерии, динамика, лечение.

76. Ипохондрическое расстройство: варианты, клинические проявления, дифференциальный диагноз, лечение.

77. Психосоматическое расстройство: клиническая картина, диагностические критерии, динамика, лечение.

78. Расстройства личности: общая характеристика, основные разновидности, клинические проявления и динамика

79. Теории и типологические модели личности, представления о структуре личности, темпераменте, механизмах психологической защиты, биологические и психосоциалдьные основы развития аномалий личности и их патогенетическая классификация.

80. Общие психопатологические проявления, основные критерии диагностики и динамика расстройств личности, степень тяжести, выраженные личностные черты и паттерны поведения (негативная эмоциональность, отстраненность, диссоциальность, расторможенность, ананкастность, пограничный паттерн). Коморбидные расстройства.

81. Основные разновидности расстройств личности: шизоидное, параноидное (параноическое), диссоциальное, истерическое, нарциссическое, ананкастное, тревожное, зависимое, пограничное, эмоционально-неустойчивое: психологические и психопатологические проявления, критерии диагностики, биологические основы, уровень организации личности, механизмы психологической защиты, возможности и способы коррекции. Сочетанные типы расстройств личности.

82. Психические расстройства при органических заболеваниях ЦНС нейровоспалительного, нейродегенеративного, сосудистого, травматического генеза (история вопроса, общие понятия, эпидемиология, клиника, соматические проявления, параклинические исследования, терапия, организационные вопросы).

83. Психические нарушения при черепно-мозговой травме: клинико-психопатологические проявления, лечение.

84. Психические расстройства при аутоиммунном энцефалите: патогенез, психопатологические проявления, дифференциальный диагноз, лабораторная диагностика.

85. Психические расстройства при опухоли головного мозга: патогенез, клинические проявления.

86. Психические нарушения при инфекционно-органических заболеваниях головного мозга: психопатологические проявления и лечение порирodно-очаговых энцефалитов, герпетического энцефалита, коревого энцефалита, энцефалита вируса краснухи, прионовых болезней, нейросифилиса.

87. Нейропсихиатрические аспекты ВИЧ-инфекции.

88. Психические расстройства при демиелинизирующих заболеваниях, клиническое описание и дифференциация с нарушениями при шизофрении.

89. Симптоматические психозы – вопросы дифференциальной диагностики и терапии Распространенность. Клинические проявления и течение. Острые и затяжные симптоматические психозы. Психические нарушения при соматических неинфекционных и инфекционных заболеваниях. Психические нарушения при различных видах интоксикаций. Дифференциальный диагноз. Вопросы комплексной терапии.

90. Общая характеристика РПП, основные клинические варианты, возрастные особенности. Клиническая характеристика. Вопросы этиологии и патогенеза. Гипотезы возникновения. Вопросы классификации. Нервная анорексия. Нервная булимия. Психогенное переедание. Психогенная рвота. Другие расстройства приема пищи. Вопросы комплексной терапии.

91. Психопатологические симптомы и синдромы характерные для детско-подросткового возраста. Особенности психопатологический проявлений и динамики.

92. Нарушения умственного развития Методы выявления нарушения умственного развития, определение его степени. Задержка психического развития.

93. Расстройства аутистического спектра. Распространенность. Этиология и патогенез. Классификация. Клинические проявления и течение разных видов расстройств аутистического спектра. Детский аутизм эндогенный (эволютивный (синдром Каннера) и процессуальный). Атипичный аутизм. Синдром Ретта. Синдром Аспергера. Психогенный аутизм. Дифференциальный диагноз.

94. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью.

95. Оппозиционное, несоциализированное, социализированное расстройства поведения.

96. Аффективные расстройства в детском возрасте. Депрессии в детском возрасте. Гипоманиакальные состояния, циклотимия.

97. Особенности суицидального поведения в детском и подростковом возрасте.

98. Детская шизофрения. Критерии диагностики. Клиническая карттна, закономерности течения. Шизотипическое расстройство в детском возрасте.

99. Современные подходы к терапии расстройств детско-подросткового возраста. Купирующая, поддерживающая и профилактическая терапия. Вопросы комплексной терапии. Психосоциальная реабилитация.

100. Нейробиологические и психологические особенности юношеского возраста. Психопатологические синдромы юношеского возраста (гебоидный, метафизической интоксикации, дисморфофобический, гендерной дисфории, психастеноподобный, юношеской астенической несостоятельности, сензитивный бред отношений).

101. Особенности аффективных расстройств юношеского возраста.

102. Юношеская шизофрения (диагностика, терапия), особенности течения и исхода.

103. Аутоагрессивное поведение в юношеском возрасте. Суицидальное и несуицидальное самоповреждения.

104. Основы геронтопсихиатрии Организация геронтопсихиатрической помощи. Клиники памяти и амбулаторно-консультативная психогериатрическая помощь пациентам с мягким когнитивным снижением, с болезнью Альцгеймера и другими формами деменций позднего возраста.

105. Современные представления о нейрокогнитивных расстройствах позднего возраста. Современные алгоритмы диагностики и терапии болезни Альцгеймера (нарушения восприятия; расстройство мышления; нарушения сознания; нарушения памяти; интеллектуально-мнестические нарушения; нарушения критики).

106. Деменция с тельцами Леви и лобно-височная деменция: диагностические и терапевтические аспекты.

107. Деменция при болезни Паркинсона и болезни Гентингтона: диагностические и терапевтические аспекты.

108. Возможности диагностики и профилактики додементных расстройств в позднем возрасте. Методы нейропсихологической диагностики синдрома мягкого когнитивного снижения.

109. Синдром мягкого поведенческого расстройства как фактор риска развития деменции в позднем возрасте.

110. Психопатологические особенности депрессий в позднем возрасте. Затяжные и хронические депрессии. Проблема суицидального поведения в позднем возрасте. Особенности маниакальных и смешанных состояний. Особенности клиники, диагностики и терапии эндогенных аффективных расстройств в позднем возрасте.

111. Особенности клиники шизофрении манифестирующей в позднем возрасте (поздней шизофрении): вопросы диагностики и терапии.

Особые формы психозов позднего возраста: диагностика, лечение, профилактика. Делирий в позднем возрасте: диагностика, лечение, профилактика

112. Влияние культуральных традиций и особенностей на распространенность психических расстройств и формы их проявления. Эндогенные психотические состояния с религиозно-мистической фабулой бредовых расстройств, основные их разновидности. Бред одержимости как транскультуральный феномен. Депрессивные состояния с идеями греховности и богооставленности.

113. Основы сексопатологии: вопросы диагностики и комплексной терапии. Современные классификации сексуальных расстройств.

114. Расстройства половой идентичности. Парафилии. Садомазохизм и агрессивное сексуальное поведение. Педофилия и другие нарушения объекта влечения по возрасту. Эксгибиционизм. Фетишизм. Трансвестизм. Компульсивное расстройство сексуального поведения. Сексуальные расстройства при различных психических заболеваниях. Половая дисфункция не обусловленная органическими расстройствами или заболеваниями.

115. Психические расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Острая алкогольная интоксикация: простое алкогольное опьянение, измененные формы простого алкогольного опьянения, патологическое опьянение.

116. Зависимость от алкоголя: психопатологические проявления, стадии алкоголизма. Ремиссии при алкоголизме, их качество и длительность, рецидивы болезни.

117. Алкоголизм в сочетании с другими психическими расстройствами: психопатологические проявления, динамика, прогноз, лечение.

118. Лечение алкогольной зависимости: организационные формы, правовые основы и принципы, лекарственная терапия, психотерапия.

119. Алкогольные (метаалкогольные) психозы. Алкогольный делирий: патогенез, психопатологические, неврологические и соматическое проявления, стадии развития, основные клинические формы, лечение.

120. Острый и хронический алкогольный вербальный галлюциноз: психопатологические проявления, дифференциальный диагноз, динамика болезни, лечение.

121. Алкогольный параноид, алкогольная паранойя (алкогольный бред ревности), атипичные алкогольные психозы, острая алкогольная энцефалопатия Гайе-Вернике, хронические формы алкогольной энцефалопатии (Корсаковский психоз, алкогольный псевдопаралич): клинические проявления, дифференциальный диагноз, лечение.

122. Понятие наркомании, классификация наркоманий и токсикоманий. Клинические проявления наркомании: основные наркоманические синдромы, универсальные проявлений динамики наркоманий и токсикоманий.

123. Расстройства вследствие употребления каннабиса, синтетических каннабиноидов, опиоидов, седативных и снотворных средств, стимуляторов, синтетических катинонов, кофеина, галлюциногенов, никотина, летучих ингалянтов, МДМА, диссоциативных наркотических веществ, а также других уточненных и неуточненных психоактивных веществ, включая лекарственные средства: клинико-психопатологические и соматоневрологические проявления, дифференциальный диагноз, лечение.

124. Зависимость как особая форма поведения. Классификация. Патологическое влечение к азартным (гемблинг, лудомания) и компьютерным играм, эротическая зависимость, любовная зависимость, сексуальная зависимость.

125. Технологическая зависимость (интернет-зависимость, зависимость от мобильных телефонов, телевизионная зависимость). Пищевая зависимость.

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат: 025EBCDA0086B37190441EA01429896C12
Владелец: Чайка Юлия Александровна
Действителен: с 30.10.2025 до 30.01.2027

Практические навыки и умения (2 этап)

Ситуационные задачи

Задача №1

Пациентка К., 19 лет, студентка. Из анамнеза: Наследственность не отягощена. Родилась в семье врачей, всегда была привязана к матери. Росла спокойной, волевой, самостоятельной. Училась на «отлично», ответственно подходя к выполнению домашних заданий. Много читала, предпочитала русскую классику, увлекалась комнатными растениями, много рисовала. После школы сразу поступила в архитектурный институт. К лидерству не стремилась. Хотя была внешне привлекательной, не любила к себе повышенного внимания окружающих. К многочисленным кавалерам относилась критично, с колкой иронией подмечала их недостатки. Большую часть времени проводила в одиночестве или в обществе двух подруг. Отличалась обостренным чувством справедливости. Подолгу помнила неприятные ситуации.

10 месяцев назад внезапно с тяжелым инсультом мать больной попадает в больницу и через неделю умирает, не приходя в сознание. Похороны матери перенесла «как в тумане», чувствовала подавленность, при этом угнетенность усиливалась, мир утратил краски, пропал ко всему интерес, нарушился сон. Временами винила себя в том, что не смогла предотвратить несчастье, не заботилась о здоровье матери, сидела у нее «на шее». При этом до конца не верила в ее уход, подолгу мысленно, иногда вслух разговаривала с матерью, делилась с ней текущими делами. Все происходящие события и поступки близких и знакомых оценивала как бы глазами матери. Забрала у бабки и тетки старые фотографии, ежедневно просматривала их, формировала семейные фотоальбомы. Часами безутешно рыдала, приходили мысли, что жить не стоит, хотя конкретных суицидальных намерений не было, к тому же приводила для себя веский аргумент – что ее матери вряд ли понравился бы такой поступок дочери. С отцом переживаниями не делилась, считая, что он не может быть поддержкой (безалаберно тратил деньги, увязал в долгах, стал еще больше, чем раньше употреблять алкоголь – практически ежедневно). На предложение знакомой поработать летом в архитектурном бюро со свободным графиком ответила отказом, т.к. не могла сосредоточиться ни на чем, кроме обстоятельств своей трагедии.

Задание:

1) Определите синдром.
2) Поставьте диагноз.
3) Определите терапевтическую тактику.

Задача № 2

Больной Б., 43 г., наблюдается психиатрами в течение 10 лет. Регулярно наблюдается в амбулаторных условиях, было 2 госпитализации, связанные с экзацербацией приступов и необходимостью подбора медикаментозной терапии. На диспансерные осмотры приезжает с женой. Точно придерживается рекомендованной медикаментозной терапии, преувеличенно внимателен к мелочам, подолгу обсуждает с врачом каждое изменение в схеме лечения, особенности лекарственного взаимодействия. Имеет 3 группу инвалидности по психическому заболеванию, работает, помогая жене, которая является частным предпринимателем. Все порученное делает скрупулезно, из-за чего часто не успевает сделать порученное в срок. По любым вопросам советуется с женой. Неожиданно может излишне гневно отреагировать на ее требования, но вскоре становится угодливым и ищет примирения. Периодически бывает раздражительным, жена старается избегать конфликты, в такие периоды старается не критиковать его, вести себя особенно дружелюбно. Иногда на фоне угрюмо-раздражительного настроения отмечаются запои

(длительностью по 3-4 дня до 2-х раз в год). Во время очередного консультативного приема в присутствии жены спокойно беседовал с врачом-психиатром, который заменял отсутствующего лечащего врача. Затем, оставшись с ним в кабинете наедине, неожиданно схватил тяжелый письменный прибор и ударил врача по голове. При осмотре острого бреда не было выявлено. Впоследствии, объясняя причину своего поведения, он сообщил, что много лет назад этот врач во время проверки личных вещей при госпитализации изъял у него коробок спичек как предмет опасный в больнице. Эта ситуация сильно уязвила и оскорбила больного, он не мог забыть ее и искал случая отомстить.

Задание:

1) С каким заболеванием может быть связано подобное поведение?
2) Необходимый минимум исследований для установления/подтверждения диагноза.
3) Какое решение суда будет наиболее вероятным, если судебно-психиатрическая экспертиза даст заключение о невменяемости больного?

Задача № 3

Больной М., 61 год, счетный работник. Алкоголь употреблял редко и в небольшом количестве. По характеру спокойный, чуткий, общительный. С 56 лет начал чувствовать головные боли, периодические головокружения, снижение работоспособности, утомлялся на работе, был рассеянным, забывчивым, раздражительным. В возрасте 60 лет было несколько приступов головокружения - «ходил, как пьяный». В конце июня развился легкий правосторонний гемипарез, который держался 2 недели. Лечился в соматической больнице. Движения в конечностях восстановились, но психическое состояние ухудшилось, стал тревожным, раздражительным, придирчивым, подозрительным. Ослабела память, не проявлял никакого интереса к окружающему. Работать не мог, был переведен на инвалидность II группы. Через 8 месяцев стал ревновать жену к студентам и профессорам института, в котором она работала, являлся к ней на работу, устраивал скандалы, требовал «приличного» поведения.

Помещен в психиатрическую больницу. В больнице суетлив, тревожен, говорил, что в больницу поместила его жена, чтобы быть свободной и изменять ему. Жаловался на головокружения и головные боли. В месте и времени ориентировался. Память снижена, особенно нарушены процессы запоминания и хранения. Лучше помнит события прошлого, чем настоящего, события личной жизни, чем общественные. На вопросы отвечает по существу, но с излишней детализацией. Интеллект снижен. Нет критического отношения к своему состоянию и поведению. Высказывает нелепый бред ревности. Внимание истощаемо. Слабодушен. Легко переходит от плача к смеху.

Физическое состояние: выглядит старше своих лет. Сосудистые стенки уплотнены. Тоны сердца приглушены. Акцент II тона на аорте. Артериальное давление 160/90 мм рт. ст. Рентгеноскопически определяется начальный склероз дуги аорты. При неврологическом исследовании констатируются вялая реакция зрачков на свет и остаточные явления правостороннего гемипареза. Физическое и психическое состояние больного постепенно с некоторыми колебаниями ухудшалось, нарастали явления слабоумия.

Задание:

1) Определите синдром.
2) Поставьте диагноз.
3) Определите терапевтическую тактику.

Задача № 4

Пациентка, 75 лет. Две недели назад упала в ванной комнате и сломала бедро, была помещена в ортопедическую клинику, где ей произвели операцию остеосинтеза. В больнице после операции появились спутанность сознания и беспокойство, бродила ночью по палатам отделения, беспокоя других пациентов. Не помнила, что с ней произошло, и почему она оказалась в больнице. В течение дня беспокойна, бесцельно бродит по палатам. Не может читать, смотреть телевизор, не узнает родственников, отталкивает медсестер. Ведет разговоры с воображаемыми людьми, устремив взгляд в одну точку на потолке. Раздражительна и легко озлобляется, бросает пищу на пол, отказывается от приема назначенных медикаментов. Между приступами возбуждения успокаивается, на полчаса. В ночное время не может уснуть, становится суетливой. Бродит по палатам, пытается взобраться на чужие кровати, будит больных. Несколько раз порывалась уйти из больницы в ночной рубашке, но была остановлена и возвращена в палату. До операции больная вела себя нормально, и ее дети не замечали каких-либо отклонений со стороны памяти и внимания.

Состояние при осмотре: пациентка выглядит недоуменной и невнимательной. Она полностью дезориентирована и недоступна для контакта, что-то бормочет и не обращает внимания на присутствие врача.

Признаков депрессии или тревоги нет. Не представляется возможным проведение каких-либо тестов по проверке интеллекта.

Задание:

1) Определите синдром.
2) Поставьте диагноз.
3) Определите терапевтическую тактику.

Задача № 5

Пациент 58 лет, перенес ишемический инсульт в бассейне правой средней мозговой артерии. В НРО, не зная диагноза, тревожился за будущее, плохо спал. При осмотре на 7 сутки инсульта: мимика напряженная. Лицо покрасневшее, грустное. Темп речи быстрый, отвечает с резкими интонациями. В ходе беседы постоянно теребит руками, постукивает ладонью по столу, играет карандашом, иногда ходят желваки. Меняет позу. Иногда отвечает раздраженным голосом, стучит кулаком, быстро успокаивается. Порой шумно вздыхает. По мере беседы изредка натянуто стереотипно улыбается, но глаза остаются грустными. Жалуется на ощущение дискомфорта от больничной обстановки, непривычных условий. Сообщает, что ничто не радует, хотя реагирует улучшением настроения на общение с родственниками. При расспросе говорит о тревоге, постоянно думает о том, как будет с работой, считает, что дизартрия воспрепятствует общению (люди могут подумать, что «выпивши»). Непрестанно думает, как жить дальше. Какие изменения в жизнь приносит инсульт, как будет жить на пенсии (и на пенсию). Сообщает, что ничем не может успокоить себя, лишь ненадолго отвлекается на другие темы. Перспектива представляется безнадежной, считает, что надвигается старость, беспомощность. К вечеру, когда самочувствие несколько улучшается, может отвлечься в разговорах. Жалуется на трудности при засыпании. Аппетит снижен.

Задание:

1) Определите синдром.
2) Поставьте диагноз.
3) Определите терапевтическую тактику.

Задача № 6

Пациент А., 75 лет, был направлен на консультацию к психиатру врачом дерматологом. В течение двух лет пациент обращается к дерматологу по поводу «заражения» насекомыми, которые, как он считает, проникли под кожу на руках, животе, откладывают там личинки. Утверждает, что «жучки» попали на тело от рубашки, купленной на рынке два года назад. Ощущает «жжение», «нащупывает» их передвижение под кожей, особенно ночью, когда не может уснуть. Образно описывает их размеры, конфигурацию туловища, головы (усики, глаза). Утверждает, что они могут менять форму и прятаться, из-за чего их часто не видят окружающие. Родным и врачам постоянно демонстрирует «ходы», следы их жизнедеятельности, соскабливая поверхностный слой дермы в стеклянную банку. Настаивает на проведения анализов в «Центральной» СЭС, поскольку полученным отрицательным результатам не доверяет. Попытки переубедить пациента вызывают раздражение, обижается, утверждает, что он хочет спасти родных от «заражения», из-за чего ограничил контакт с близкими, часто меняет одежду, питается отдельно, постоянно пользуется различными мазями, «народными средствами». В остальном поведение упорядоченное, смотрит ТВ, читает, гуляет. Расстройств памяти не выявляется. Психически больным себя не считает.

Задание:

1) Определите синдром.
2) Поставьте диагноз.
3) Определите терапевтическую тактику.

Задача № 7

Больной И., 33 года. Данные о психопатологически отягощенной наследственности отсутствуют. В раннем развитии без особенностей. По характеру нерешительный, застенчивый. Круг общения ограничивался близкими родственниками, был привязан к матери. В коллективах предпочитал держаться среди младших по возрасту, избегал шумных игр и шалостей, пасовал перед бойкими сверстниками. В школу пошел в 7 лет, отличался прилежанием, учился в основном на «хорошо». При ответах у доски испытывал сердцебиение, дрожь рук и коленей, сухость во рту, повышенную потливость ладоней. Накануне контрольных работ, экзаменов долго не мог уснуть. После незначительных конфликтов по нескольку дней мысленно к ним возвращался, обдумывал обстоятельства произошедшего, размышляя как надо было себя вести, что ответить. Окончив школу, отслужил в армии, не тяготился строгой дисциплиной, напротив – считал работу по уставу единственно правильной. Устроился на работу в МВД. В отношениях с противоположным полом отличался нерешительностью. Заранее тревожился перед свиданиями, старался обдумать, «отрепетировать», что скажет и сделает. Единожды женат на сверстнице, в которую был влюблен со школьной скамьи. В браке на «вторых ролях», при решении важных семейных вопросов сомневался, советовался с женой. Предоставил ей возможность распоряжаться семейным бюджетом.

В 31 год стал участником ДТП на служебном автомобиле и оказался обвиняемым по судебному делу. Во время следствия испытывал выраженную тревогу, боялся возможной уголовной ответственности, нарушался сон, однако выраженной подавленности не испытывал. Несмотря на то, что был признан невиновным, состояние не улучшилось. Напротив, появились приступы тревоги с чувством нехватки воздуха, сердцебиением, ощущением проходящей по телу «волны одновременно жара и холода». Приступы страха возникали только во время управления автомобилем, не чаще одного раза в неделю и длились несколько минут. Избегающим поведением не сопровождались. Лечился амбулаторно в психоневрологическом отделении, на фоне чего интенсивность и частота пароксизмов тревоги снизились. Однако здоровым себя так и не почувствовал. Постепенно, исподволь, на протяжении полугода стойко снизилось настроение.

Наросли апатия, подавленность, безрадостность, перестал испытывать удовольствие от любимых занятий, общения с детьми. На фоне утомляемости, не чувствовал «свежести мыслей», голова казалась «тупой»: испытывал сложности концентрации внимания, рассеянность, забывчивость. Появился отчетливый суточный ритм с небольшим улучшением самочувствия к вечеру, снизился аппетит. Похудел. По утрам, без чувства отдыха после сна, ощущал слабость, «внутренний озноб» с сердцебиением, выраженной тревогой по поводу здоровья. Был вынужден уволиться из МВД. В 32 года впервые обратился в психиатрическую клинику и был госпитализирован.

В статусе обращали на себя внимание угрюмость, мрачность, безынициативность. В беседу вступал неохотно, говорил односложно, глухим голосом без всякого интереса. Высказывал жалобы на приступы страха потери сознания в транспорте, на улице, сопровождающийся чувством нехватки воздуха, ознобом, сердцебиением, которые испытывал преимущественно по утрам. Настроение характеризовал подавленным, с преобладанием тревоги за свое здоровье. Ощущал «тупость» в голове в течение дня, забывчивость и рассеянность. Любые мелкие неприятности в быту сопровождались нарастанием тревоги, казались неразрешимыми проблемами, в бесплодных размышлениях о которых проводил день, а перед сном не мог «выбросить их из головы» и уснуть. Беспокоили головные боли в височно-затылочной области, стягивающие по типу «каски», возникавшие преимущественно во второй половине дня, на фоне усиления утомляемости.

На стационарном лечении находился в течения месяца, получал сульпирид 200 мг/сут., имипрамин до 100 мг/сут., амитриптилин до 50 мг/сут. с эффектом – выровнялось настроение, полностью редуцировались апатия, астения, восстановились сон и аппетит.

Задание:

1) Квалифицируйте статус на момент госпитализации в психиатрический стационар.
2) Квалифицируйте преморбид (характерологические особенности) пациента до дебюта заболевания.
3) Определите тактику ведения больного после выписки.

Задача № 8

Пациент К., 36 лет. Наследственность манифестными психозами не отягощена. Родился в срок от нормально протекавшей беременности, ранее развитие без особенностей. По характеру формировался в меру активным, общительным, слыл аккуратистом. Закончил школу и университет с отличием. Работал экономистом в различных зарубежных компаниях, менял места работы, прельщаясь большим заработком. На службе зарекомендовал себя как ответственного и исполнительного сотрудника, пользовался авторитетом у подчиненных. В 24 года испытал первую влюбленность, красиво ухаживал за избранницей, стремился окружить заботой. Через год сделал девушке предложение. Отношения в браке складывались ровно, однако пациент тяготился отсутствием детей в браке. Впервые психическое неблагополучие отметил в возрасте 34 лет после внезапной и скоропостижной гибели супруги. Первое время (около 2-х месяцев) до конца не осознавал реальности случившегося, видел сны с участием погибшей, узнавал ее в лицах прохожих, слышал на улице знакомый аромат духов. Сразу же резко снизилось настроение, отмечал появление тоски за грудиной, плаксивости. Нарушался сон по типу трудностей засыпания и поверхностного сна. Несмотря на состояние продолжал работать, стремился больше погрузиться в дела, отвлекался от навязчивых размышлений о случившемся несчастье. Периодически отмечал появление суицидальных мыслей, однако попыток не продумывал. Таким состояние сохранялось на протяжении 14 месяцев. В связи с длительностью психического неблагополучия решил обратиться за помощью к психиатру.

Задание:

1) Уточните классификационную характеристику состояния.

2) Есть ли в клинической картине атипичные признаки, если да, то назовите их?
3) Предложите оптимальную терапевтическую стратегию.

Задача № 9

Больная А., 48 лет, замужем в повторном браке, есть взрослый сын. Всегда была общительной, любила танцы, занималась в кружке. Менструации с 13 лет. Во время беременности и в послеродовом периоде психических нарушений не отмечалось. Работала много лет главным редактором журнала, с обязанностями справлялась.

В 42 года после внезапной смерти отца от инфаркта миокарда отметила резкое снижение настроения, «прокручивала» в голове мысли о несправедливости произошедшего, нарушился сон, аппетит. Беспокоили неприятные ощущения в теле: прокалывающие боли в области сердца, ощущение «горящего шара», подкатывающего из грудной клетки к горлу. Спустя 4 месяца отметила полную редукцию психопатологических симптомов (без лечения). В период менопаузы появились приливы жара, холода, усиление эмоциональной лабильности, плаксивости, а также стресспровоцированные (конфликтные ситуации на работе) подъемы АД (до 140/90-150/90 мм рт. ст.), которые сопровождались клишированной симптоматикой: тревогой за здоровье, головными болями, чувством общей слабости. Был поставлен диагноз гипертоническая болезнь (ГБ) I стадии.

В возрасте 47 лет на фоне кризиса в бизнесе мужа отметила резкое нарастание подавленности и плаксивости («душили слезы»), в сознании доминировали тревожные опасения о будущем семьи, идеи «краха» благополучия, в красках представляла, как муж, став банкротом, будет выплачивать долги кредиторам. Испытывала трудности засыпания. В утренние часы была более выражена подавленность с тоскливыми мыслями о конце беззаботной жизни. Снизился аппетит, за месяц похудела на 5 кг. Стали беспокоить несвойственные ранее трудности концентрации внимания, несобранность. Отметила учащение приступов с подъемом АД (до 180/100 мм рт. ст.) и их видоизменение: сопровождались появлением страхом смерти в результате инфаркта миокарда, тягостными ощущениями «пламени» в загрудинной области, онемения конечностей по типу «перчаток и носков». Была направлена на лечение в отделение кардиологии ГКБ. По заключению кардиолога: гипертоническая болезнь II стадии, 3 степени повышения артериального давления, высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. По заключению невролога: когнитивные нарушения функционального характера.

Задание:

1) Определите синдром.
2) Поставьте диагноз.
3) Определите терапевтическую тактику.

Задача № 10

Пациентка К., 19 лет, студентка. Из анамнеза: Наследственность не отягощена. Пробанд. Родилась в семье врачей, всегда была привязана к матери. Росла спокойной, волевой, самостоятельной. Училась на «отлично», ответственно подходя к выполнению домашних заданий. Много читала, предпочитала русскую классику, увлекалась комнатными растениями, много рисовала. После школы сразу поступила в архитектурный институт. К лидерству не стремилась. Хотя была внешне привлекательной, не любила к себе повышенного внимания окружающих. К многочисленным кавалерам относилась критично, с колкой иронией подмечала их недостатки. Большую часть времени проводила в одиночестве или в обществе двух подруг. Отличалась обостренным чувством справедливости. Подолгу помнила неприятные ситуации.

10 месяцев назад внезапно с тяжелым инсультом мать больной попадает в больницу и через неделю умирает, не приходя в сознание. Похороны матери перенесла «как в тумане», чувствовала

подавленность, при этом угнетенность усиливалась, мир утратил краски, пропал ко всему интерес, нарушился сон. Временами винила себя в том, что не смогла предотвратить несчастье, не заботилась о здоровье матери, сидела у нее «на шее». При этом до конца не верила в ее уход, подолгу мысленно, иногда вслух разговаривала с матерью, делилась с ней текущими делами. Все происходящие события и поступки близких и знакомых оценивала как бы глазами матери. Забрала у бабки и тетки старые фотографии, ежедневно просматривала их, формировала семейные фотоальбомы. Часами безутешно рыдала, приходили мысли, что жить не стоит, хотя конкретных суицидальных намерений не было, к тому же приводила для себя веский аргумент – что ее матери вряд ли понравился бы такой поступок дочери. С отцом переживаниями не делилась, считая, что он не может быть поддержкой (безалаберно тратил деньги, увязал в долгах, стал еще больше, чем раньше употреблять алкоголь – практически ежедневно). На предложение знакомой поработать летом в архитектурном бюро со свободным графиком ответила отказом, т.к. не могла сосредоточиться ни на чем, кроме обстоятельств своей трагедии.

Задание:

1) Определите синдром.
2) Поставьте диагноз.
3) Определите терапевтическую тактику.

Задача № 11

Больная К., 24 года. Дядя и двоюродный брат матери страдают эпилепсией. Родители здоровы. Девочка родилась в срок от второй беременности. Беременность и роды протекали нормально. Отставала в развитии, плохо говорила до 4-х лет. В возрасте 4 лет в течение полугода отмечались пароксизмы (до нескольких раз в день), когда внезапно бледнела, начинала беспричинно смеяться, зрачки расширялись, отмечались остановка взора (невидящий взор) с общим напряжением мышц тела и конечностей. Приступ длился 2-3 минуты, не было конвульсий, но сопровождался непроизвольным мочеиспусканием. После приступа мышечное напряжение исчезало, отмечалась растерянность и последующий сон в течение 2-3 часов. С этого времени девочка стала раздражительной, капризной, драчливой. Через год, в 6 лет припадки возобновились, но до 10 лет протекали легче и не сопровождаясь последующим сном. В это время – в начальной школе были трудности в учебе: плохо запоминала, не могла сосредоточиться. Стала более конфликтной, из-за чего не имела друзей в классе, неоднократно вступала в спор с учителями, считала, что к ней относятся несправедливо. После 3 класса была переведена во вспомогательную школу. С 10 лет судорожные припадки участились (от 1 до 4-х раз в месяц) и усилились: стали начинаться с громкого крика, отмечались отчетливые тонические и клонические судороги (падала, руки и ноги вытягивались вдоль туловища, после чего начинала «биться», дыхание вначале останавливалось, затем становилось редким и шумным). После припадка обнаруживались прикусы на языке, была сонливой.

После окончания вспомогательной школы устроилась работать уборщицей. Сверхдобросовестно относилась к работе. В предменструальный период становилась без видимой причины напряженной, злобной, мрачной. Могла нецензурно браниться и провоцировать драки. В это время могла не ходить на работу, бесцельно ездила по городу на трамвае. Возвращалась домой к вечеру уже смягченной, угодливой. С 23 лет не справлялась с работой, постоянно конфликтовала с сотрудниками, начальством, была оформлена 2 группа инвалидности. Дома агрессивна к родственникам, провоцирует драки, после которых на непродолжительное время успокаивается. За месяц до поступления в психиатрическую больницу (ПБ) больная вдруг исчезла из дома. Через десять дней родители получили известие из московской ПБ о том, что дочь находится на лечении. При встрече с матерью умоляла увезти ее домой, не могла рассказать, как оказалась в Москве. В

выписке из истории болезни указано, что больная при поступлении была недоступна контакту, стремилась куда-то идти. Стучала в двери, выкрикивала какое-то мужское имя. Была дезориентирована. При попытке уложить ее оказывала яростное сопротивление. Возбуждение удалось купировать при применении высоких доз нейролептиков. Через 4 дня дезориентировка купировалась. Больная была удивлена тем, что находится в другом городе. Через полгода была госпитализирована в ПБ г. Казани после серии судорожных припадков и последующего возбуждения с выраженной дисфорией и агрессивными высказываниями в адрес окружающих. В ПБ состояние изменилось: неистово молилась, громко распевала молитвы, надолго застывала в одной позе с выражением необыкновенного блаженства на лице. Удалось выяснить, что больная видит перед собой вовне ангелов в сияющей одежде, сценоподобные религиозно-мистические сюжеты. Стала называть себя «христовой невестой». Состояние длилось 2 недели, затем значительно улучшилось, появилась критика к перенесенному психозу.

Задание:

1) Определите синдром.
2) Поставьте диагноз.
3) Определите терапевтическую тактику.

Задача № 12

Больная О., 50 лет. Анамнез. Наследственность отягощена психическими расстройствами по линии матери. Двоюродная сестра больна шизофренией. Развитие без особенностей. Образование высшее техническое. Инвалид 2 группы по психическому заболеванию. До установления группы инвалидности работала инженером. Замужем не была. Детей нет. Живёт одна в отдельной квартире. Психические расстройства на протяжении 10 лет. Заболевание развивалось постепенно (месяцы). В инициальном периоде жалобы на слабость, недомогание, утомляемость, нарушение сна. Перенесла 5 приступов, в том числе – депрессивно-параноидный, с суицидной попыткой отравления. Испытывала вербальные псевдогаллюцинации комментирующего, угрожающего содержания, высказывала бредовые идеи воздействия, преследования. Лечилась в психиатрических стационарах и дневном стационаре психоневрологического диспансера. Получала терапию различными нейролептиками и корректорами (клопиксол 10 мг/сут., галоперидол 15 мг/сут., рисперидон 4 мг/сут., циклодол 6 мг/сут.). Продолжительность ремиссии к моменту наблюдения 2 года. В период текущей ремиссии получала рисперидон 4 мг/сут. В диспансер обратилась с жалобами на подавленное настроение, чувство разбитости, вялости, апатию, нежелание что-либо делать, трудность сосредоточиться, собраться с мыслями, головные боли, отсутствие аппетита, недостаточный сон с частыми пробуждениями. Больная говорила: «Уже прожила большую часть жизни, детей нет, не смогла реализовать себя», «Стоит ли дальше жить, тяжело одной». Отмечала снижение интереса к обычным занятиям, общению. При тщательном расспросе выявлялась стёртая суточная динамика состояния с тенденцией к ухудшению состояния в утренние часы. Характерной была полиморфная вегетативная симптоматика с нестабильностью АД, склонностью к тахикардии, временами возникающими ощущениями жара, потливости, без учащённого мочеиспускания.

Задание:

1) Поставьте диагноз по МКБ-10.
2) Выделите ведущий синдром, определяемый на момент обращения.
3) Предположите терапевтическую тактику.

Задача № 13

Больной Р., 30 лет. По характеру всегда был несколько подозрительным, что особенно проявлялось в отношении сексуальных партнеров, мог долго попрекать любимую женщину

склонностью к флирту, которое расценивал как «распутное поведение». Бурно реагировал на любые проявления даже незначительного, не выходящего за рамки простой любезности внимания к ним со стороны других мужчин, с которыми нередко, в связи с этим были ссоры. 2 года назад женился, через год родился ребенок. Практически сразу же после родов стал высказывать претензии жене в неверности. В качестве доказательства приводил ее отказ вступить с ним в половую связь через 10 дней после родов. После этого вспомнил, что через несколько месяцев после свадьбы во время вечеринки выходил из дома, чтобы покурить на улице. Понял, что в это время жена вступила в интимную близость с его другом, которая продолжалась и в дальнейшем, подтверждение чему видел, что сын «не похож на него». Считал, что жена продолжала изменять ему во время беременности и после родов. Был уверен, что когда она открывает окно, чтобы проветрить комнату, она тем самым подает знак своему «любовнику». С этой же целью, она «особым образом развешивала детские вещи после стирки». Пытался выяснить отношение с предполагаемым любовником жены, но недоумение последнего лишь усилило подозрение. Вне семейной ситуации, на работе вел себя обычно, ничем не привлекая внимания сослуживцев и хорошо справляясь с должностными обязанностями. В поле зрения психиатров попал после того, как нанял частного детектива для слежки за женой и напал на него, заподозрив в сговоре с «любовниками», так как тот не обнаружил фактов измены жены.

Задание:

1) Поставьте диагноз по МКБ-10.
2) Выделите ведущий синдром, определяемый на момент обращения.
3) Предположите терапевтическую тактику.

Задача № 14

Пациент М. 10 лет. Родители обратились с жалобами на частые непроизвольные «лишние» движения в теле и лице иногда тревожность, чувствительность, склонность к слезам, уязвимость к жизненным неудачам, излишнюю привязанность к матери.

На приеме выглядит соответственно возрасту, выражение лица спокойное, но отмечаются физические проявления тревоги: глазной контакт неустойчивый, «ерзает» на стуле, потирает руки, обводит руку пальцем, не знает, чем себя занять. Во время беседы отмечаются повторяющиеся движения - щурит глаза, подергивает бровями, часто моргает, отводит плечи. Два раза возникали непроизвольные звуковые выкрики. Сам этого не замечает. В незнакомой обстановке с 4-5 лет испытывает тревогу, напряжение. С 9 лет часто совершает повторяющиеся движения: сглатывает слюну, очень часто моргает, дергает плечевым поясом, иногда отмечаются воспроизведение звуков. Движения возникают внезапно, имеют ограниченный характер, исчезают во время сна. С течением времени движения имеют тенденцию менять локализацию. На некоторое время пациент может контролировать эти движения. Интеллектуально развит по возрасту, несколько инфантилен. Отмечает, что повторяющиеся движения усилились на фоне тревоги и переживаний из-за школы и сложностей в отношениях с одноклассниками. Последний год из-за «травли» в школе стал тревожен, чувствителен, плаксив. Сон и аппетит достаточные.

В анамнезе указание на последствия ишемически-гипоксического поражения ЦНС перинатального генеза, а также на неплохой, но кратковременный эффект церебропротективной терапии.

Задание:

1) Определите синдром.
2) Поставьте диагноз.
3) Определите терапевтическую тактику.

Задача № 15

Пациент В., 13 лет. Раннее развитие с признаками диссоциации. В возрасте 2,5-3 лет изменился в поведении, стал возбужденным, находился постоянно в движении, часами кружился или раскачивался, нарушился сон, отмечалось сноговорение, появилась агрессивность, стал неуправляемым, все делал наперекор. Отмечались трудности адаптации в дошкольных учреждениях, часто конфликтовал с детьми. В 5 лет вновь ухудшилось поведение, стал неуправляемым, участились конфликты со сверстниками, проявлял агрессию, дразнил детей, гримасничал, дрался, появился энурез, ночные страхи. В возрасте 6 лет стал рассказывать матери, что научился контактировать с невидимыми друзьями, перестал оставаться один, жаловался на страхи, которые не мог сформулировать. В 7 лет начал посещать общеобразовательную школу, но в течение первого месяца обучения был переведен в коррекционный класс. В возрасте 9 лет (3 класс) начал отказываться от пребывания в школе, стал агрессивным, злобным, пропало чувство дистанции с окружающими. В то же время к себе и собственным возможностям относился с переоценкой, резонерствовал, вел себя бездистантно. В возрасте 10,5 лет поведение стало абсолютно разлаженным, отмечались частые смены настроения, агрессивность, появилась лживость. В общественных местах временами вел себя неадекватно, залезал под стол, гримасничал. Настроение менялось от приподнятого до подавленно-раздраженного и даже гневливого. В 5-ом классе (11 лет) начал совершать кражи, делал это неосознанно, без ощущения сознания, будучи «охваченный желанием». Взяв чужую вещь, мог незаметно подбросить ее назад. В поведении наросла демонстративность, делал все напоказ, подшучивал над окружающими, разыгрывал клоунады. В 13 состояние больного резко ухудшилось, перестал учиться, прогуливал уроки, продолжал воровать, начал «попрошайничать» на улице. Появился интерес к общению с асоциальными подростками, начал курить, пробовал алкоголь. В это же время отдалился от родных, перестал реагировать на их просьбы: изменить поведение. Высказывал мысли, что наделен «сверхвозможностями» свыше и он должен руководить человечеством, считал, что обладает даром предсказывания, умением читать мысли других. Настроение стало изменчивым, чаще повышенным с элементами дурашливости.

На беседу с врачом соглашается охотно. Выглядит старше своего возраста, повышенного питания, одет неаккуратно, неопрятен. Движения угловатые, походка неуверенная, размашистая. Мимика однообразная, выражение лица застывшее, смотрит на врача исподлобья. Предъявляет многочисленные претензии к родителям, жалуется на учителей, оговаривает их. Голос грубый, средней громкости. Речь скандированная, неуместно шутит, не соблюдает чувства дистанции, оговаривается, грубит. Словарный запас соответствует возрасту. Отмечаются резкие смены настроенияот депрессивно-дисфорического до повышенного с нелепостью. Выявляются нарушение ассоциативного мышления, обрывы и наплывы мыслей, эпизоды дереализации. Признает, что некоторые люди говорят о нем за спиной плохие вещи, иногда ощущает, что кто-то за ним наблюдает, подозревает, что может быть через камеры. Нередко слышит «оклики». Считает себя особенным, с уверенностью говорит, что может читать мысли людей, предсказывать будущее. Отмечает вкладывание и отнятие мыслей. Уверен, что его действиями и мыслями руководят какие-то люди, хотят, причинить ему вред, за что сам начинает мстить окружающим. Жалуется на разнообразные ощущения в теле, считает это результатом «воздействия». Больным себя не считает, требует к себе особого отношения.

Задание:

1) Поставьте диагноз по МКБ-10.
2) Выделите ведущий синдром, определяемый на момент обращения.

3) Предположите терапевтическую тактику.

Задача № 16

Больной К., 69 лет. Наследственность манифестными психозами не отягощена. Родился в сельской местности вторым ребенком из четверых детей. Рос и развивался в соответствии с возрастными нормами. По характеру всегда был общительным, активным, энергичным, напористым, умел настоять на своем. Образование высшее, химик-технолог, успешно делал карьеру, занимал руководящие должности. В 24 года женился, от брака сын. В супружеской жизни был авторитарным, требовательным. В 30 лет перенес перелом костей таза, лечился консервативно с полным восстановлением всех функций. Болен с 55 лет, когда на фоне роста и увеличения производительности предприятия стал тревожным, суетливым, неуверенным, опасался, что не справится с профессиональными обязанностями. Жаловался на тоску, апатию, пропали интересы, ухудшился сон, аппетит, с трудом заставлял себя ходить на работу. Состояние обошлось в течение нескольких месяцев на амбулаторной терапии. С 65 лет вышел на пенсию, проживал вдвоем с женой, занимался дачей, домашним хозяйством. Настоящее ухудшение в течение полугода (69 лет), когда без видимых причин начал плохо спать, стал суетливым, тревожным, жаловался на тоску, тревогу, не находил себе места, ходил из угла в угол. Появилась ипохондричность, фиксация работе кишечника, жаловался на запоры, ощущения «спазмов» и «распирания» в пищеводе и кишечнике, препятствующих прохождению пищи по желудочно-кишечному тракту. Утверждал, что у него прекратил работать кишечник, не переваривает еду желудок, начал отказываться от пищи, похудел на 14 кг. Однажды в течение длительного времени не возвращался домой с прогулки, заявив, что хотел «замерзнуть насмерть», поскольку стал для семьи обузой. После длительных уговоров родственников согласился обратиться за помощью в геронтопсихиатрический стационар.

Психический статус: при поступлении - физически истощен, походка неустойчивая, неохотно соглашается на беседу, выражение лица тревожно-напряженное. Во время беседы беспокоен, ерзает на стуле, теребит кисти рук, обхватывает голову руками. Ориентирован полностью, на вопросы отвечает неохотно, короткими фразами, повторяет «зачем вы меня сюда привезли», «мне уже ничто не поможет, я погиб». При настойчивых расспросах заявляет, что «вся система организма развалилась - истлели желудок и кишечник, легкие постепенно растворяются, подкорка отслоилась от коры, глаза теряют связь с мозгом». Утверждает, что у него уже месяц нет стула, отказывается от еды, потому что «некуда есть». На просьбу объяснить доходчиво заявляет, что при попытке проглотить пищу чувствует «спазмы» в желудке и кишечнике, распирание, «твердые маленькие частицы пищи внизу живота», «ничего не проходит», «продукты распада пищи отравляют весь организм». Жалуется на мучительное чувство тоски и тревоги на сердце, безнадежность, «полное отсутствие сна». На вопрос о суицидальных мыслях с раздражением заявляет: «Зачем мне такая жизнь?».

Задание:

1) Поставьте диагноз.
2) Определите психопатологический синдром.
3) Определите возможную схему терапии.

Задача № 17

Пациентка К.Е., 62 года. Наследственность отягощена по линии матери. Мать в течение жизни отмечала перепады настроения от подъема, до депрессии. В одну из депрессий совершила суицид. Сын, 32 года, здоров. Пациентка родилась от первой беременности в срок, в раннем развитии не

отставала, была подвижным, энергичным, ребенком. Училась всегда на хорошо и отлично. Была общительной, до сих пор общается с подругами, оставшимися со времен школы и ВУЗа. Менструации с 16 лет, болезненные. Отмечала снижение настроения в эти периоды.

Имеет высшее образование. Работала старшим инженером по патентованию бумаги. Замужем была дважды в 28 и 30 лет. Первый брак длился всего несколько месяцев, в одном из подъемов настроения решила развестись. Вскоре вышла замуж повторно. В 32 года родила сына, беременность и роды протекали нормально. В послеродовом периоде настроение сохранялось ровным, была активной матерью, без повода не тревожилась. С удовольствием занималась уходом за ребенком.

Колебания настроения отмечает с 19 лет: ухудшение настроения весной, когда становилась менее инициативной, не так ярко выглядела, меньше общалась. Успеваемость при этом нарушалась незначительно, сон и аппетит оставались достаточными. Осенью же стабильно стала отмечать улучшение настроения, развивала еще большую активность, испытывала легкость в голове, теле, нередко влюблялась. При этом сон и аппетит оставались неизменными, в целом поведение было правильным и изменения оставались незаметными для окружающих. Спады и подъемы настроения длились по 1-2 месяца, сменялись ровным настроением. Такая динамика сохранялась до 35 лет. После 35 лет изменения настроения беспокоили не так регулярно, чаще отмечала спады настроения по 1-2 мес. раз в 2-3 года.

В 42 года пациентка впервые перенесла очерченный подъем настроения, когда стала крайне активной, раздражительной, возбужденной. Сочиняла стихи, сокращались сон и аппетит. Состояние длилось около 2 месяцев, лечилась амбулаторно (назвать назначаемые препараты не может). В последующем состояние улучшилось. Поддерживающую терапию не принимала.

Впервые выраженное ухудшение настроения отмечалось в 47 лет. Жаловалась на тоску, выраженную апатию, замедление мыслительных процессов, окружающее казалось безрадостным, появились идеи самообвинения, переставала следить за собой, с трудом работала. Пропадал аппетит, худела, нарушался ночной сон. Улучшение состояния отмечала по вечерам. В подобном состоянии сначала лечилась амбулаторно, затем стационарно.

В дальнейшем подобные эпизоды повторялись раз в два года (в 49 лет и в 53 года). С 54 лет, что совпало со становлением климакса, депрессивные состояния возникали с периодичностью 2 раза в год.

В 60 лет перенесла смерть мужа, на момент его смерти уже находилась в депрессивном состоянии, события перенесла без усугубления симптоматики, в похоронах не участвовала. По выходу из депрессии, несмотря на осознание его отсутствия, настроение оставалось ровным. В промежутках между депрессиями продолжала работать, по характеру не менялась, принимала поддерживающую терапию литием нерегулярно. Оставалась очень общительной и деятельной.

Задание:

1) Поставьте диагноз.
2) Определите возможную схему терапии.

Задача № 18

Больная Т., 82 года.

Наследственность отягощена ослабоумливающими заболеваниями. Раннее развитие без особенностей. Образование высшее педагогическое. На пенсию с 55 лет. Замужем с 25 лет, от брака имеет дочь. С мужем прожила 6 лет, затем развелась. По характеру была упрямой, несколько эгоистичной. В воспитании дочери была строга, порой деспотична. Первые признаки ухудшения памяти отмечаются с 76 лет, когда появилась рассеянность, трудности с датировкой прошлых

событий. Постепенно у больной стали возникать резкие перепады настроения, гневливость, конфликты с сиделкой, ухаживающей за ее слабоумной сестрой. С 80 лет нарушения памяти прогрессируют, начинает путаться во времени и в текущих событиях. С 82 лет менее активна, много времени тратит на поиски вещей, документов, денег. При посещении сберкасс устраивает скандалы. Обвиняет сотрудников в краже денег со счетов. Из-за «кражи денег» обращалась в милицию. В связи с таким состоянием обратилась за консультацией к психиатру. На момент осмотра ориентировка во времени нарушена. В месте ориентирована правильно. Ориентировка в семейной ситуации и аутопсихическая ориентировка сохранены. Память на события недавнего и отдаленного времени существенно нарушены. В речи - затруднения припоминания слов, называния предметов. Путается в трактовке логико-грамматических конструкций, конкретно понимает переносный смысл многих пословиц. Совершает ошибки при последовательном вычитании. По шкале MMSE- 22 балла. Сама охотно рассказала, что у нее несколько раз служащие сберкассы крали все деньги со сберкнижки. Считает, что у нее из дома так же крадут вещи, посуду и лекарства, однако, кто это делает, конкретно назвать не может. Во время беседы отмечается неустойчивое настроение, легко раздражается по поводу «затянувшегося» разговора врача и дочери. Имеются проявления эмоциональной реакции на собственную несостоятельность, расстраивается, извиняется за ошибки, уклоняется от выполнения некоторых заданий, говоря, что она их все равно не сделает. Критики к заболеванию нет, считает себя в целом здоровой.

Заключение МРТ головы: внутренняя и наружная сообщающаяся гидроцефалия. Лейкоареоз.

Задание:

1) Определите синдром и заболевание.
2) Определите возможную схему терапии.

Задача № 19

Больной Ч. 63 года. Наследственность не отягощена. Рос и развивался нормально. Окончил в 23 года МАИ, работал в институте преподавателем. Был женат в браке, имеет 2х детей. В разводе с 53 лет. В молодости по характеру был общительным, любил компании. С возрастом стал более замкнутым, стало раздражать общение с людьми, старался больше времени проводить с семьей. Соматически благополучен.

Около 53 лет возник конфликт с соседями, проживающими на верхнем этаже, из-за шума который создавал их ребенок, ситуация разрешилась после развода с женой и переезда в квартиру родителей. В 60 лет вновь стал обращать внимание на шум соседей сверху, беспокоил скрип при перестановке предметов, слышал шум заводных машинок, передвигающихся по полу. Подобные звуки вызывали «эмоциональные переживания», мешали сосредоточиться. Постепенно посторонние звуки стали мешать не только дома, но и на работе. Постепенно снизилось настроение, ощущал себя разбитым, трудно было сосредоточиться на работе. Стало казаться, что в таком состоянии долго не проживет и может умереть. Постепенно шум начал вызывать неприятные в теле, сильную тяжесть в конечностях. По рекомендации терапевта обратился к психиатру, был рекомендован прием рисполепта, но через полгода прекратил прием, т.к. не почувствовал эффекта от лечения. Через год повторно обратился за консультацией к психиатру. На приеме жалуется на сниженное настроение, ничем не может заниматься, с трудом преподает. Дома постоянно мешают посторонние звуки, которые провоцируются соседями сверху, пытается от них защититься наушниками, но это мало помогает, т.к. звуки проникают в голову, даже сквозь наушники. Отмечает, что звуки на него плохо воздействуют, вызывают различные неприятные ощущения в теле.

Задание:

1) Определите синдром и заболевание.
2) Определите возможную схему терапии.

Задача № 20

В ПНД обратилась пациентка А., 76 лет в сопровождении дочери. Соглашается на беседу с психиатром. При осмотре: движения замедлены, выражение лица недовольное, голос громкий. Правильно ориентирована в месте, времени, собственной личности. Понимает, что пришла в диспансер, но «психом» себя не считает. Жалоб не предъявляет. Известно, что после смерти супруга в течение последних трех лет пациентка проживает одна, полностью себя обсуживает. По характеру всегда была пунктуальной, недоверчивой, тревожной. Около трех лет отмечаются неустойчивый фон настроения, нарушения сна, обвиняет соседей, проживающих этажом выше, что они проникают в квартиру, воруют вещи, а потом «подкидывают назад». Убеждена, что они специально передвигают и портят ее вещи (замечает это по царапинам на мебели). Вынуждена была установить дополнительный замок на входную дверь. Специально по ночам «что-то пилят, сверлят», эпизодически нечетко слышит, как они обсуждают ее. Планирует обратиться в полицию, т.к. подозревает, что соседи по ночам варят «зелье», чувствует это по запаху на кухне. Предполагает, что они хотят «извести» ее с целью завладеть квартирой. Дочь, как и другие жильцы, ее предположения не подтверждает, но стараются не спорить с ней. Вне своей кварты, например, находясь в квартире у дочери или в магазине, пациентка чувствует себя спокойно, поведение адекватное. Суицидальных тенденций не обнаруживает. Хотя дочь настаивает, от госпитализации отказывается. Соглашается на прием лекарств дома, так как «устала от шума и надо набраться сил до начала дачного сезона».

Задание:

1) Установите диагноз.
2) Требуется ли согласие пациента при первичном обследованиипсихиатра? Определите необходимую в данном случае форму психиатрической помощи.
3) В случае сделки по купле-продаже недвижимости, может ли пациент быть стороной этой сделки?

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат: 025EBCDA0086B37190441EA01429896C12
Владелец: Чайка Юлия Александровна
Действителен: с 30.10.2025 до 30.01.2027

Тестовые задания (1 этап)

1. Галлюцинации – это:

А) ошибочные суждения, возникшие на болезненной основе и неподдающиеся коррекции

Б) восприятие без объекта

В) рассуждения, лишенные познавательного смысла (бесплодное мудрствование)

Г) искаженное восприятие отдельных свойств предметов и явлений

Д) все верно

2. Бред – это:

А) ошибочные суждения, возникшие на болезненной основе и неподдающиеся коррекции

Б) патологически актуализировавшиеся представления, принявшие интенсивность восприятия для больного

В) рассуждения, лишенные познавательного смысла (бесплодное мудрствование)

Г) искаженное восприятие отдельных свойств предметов и явлений

Д) все верно

3. Для синдрома кандинского – клерамбо наиболее характерно:

А) сценоподобные зрительные галлюцинации.

Б) псевдогаллюцинации.

В) конфабуляции

Г) прогрессирующая амнезия

Д) верно б и в

4. Для кататонического синдрома наиболее характерно:

А) сценоподобные зрительные галлюцинации

Б) стереотипии

В) конфабуляции

Г) прогрессирующая амнезия

Д) бред преследования

5. Для маниакального синдрома характерно все, кроме:

А) эйфория

Б) фобии

В) бред величия

Г) психомоторное возбуждение

Д) ассоциативное ускорение

6. Что из числа нижеперечисленного, несомненно, свидетельствует о депрессивном синдроме?

А) бред воздействия, сниженное настроение

Б) тоска, психомоторная заторможенность, идеи самоуничижения

В) психические автоматизмы, суицидальные мысли

Г) навязчивые сомнения, двигательная заторможенность

Д) все верно

7. Псевдогаллюцинации наблюдаются в структуре одного из указанных ниже синдромов. Определите его.

А) делирий

Б) астенический синдром

В) истерический синдром

Г) сопор
Д) синдром кандинского-клерамбо

8. К синдромам помраченного сознания относятся все, кроме:
А) делириозный синдром
Б) аментивный синдром
В) сумеречный синдром
Г) онейроидный синдром
Д) истерический синдром.

9. Для депрессивного синдрома характерно:
А) бред самоуничижения
Б) бред величия
В) псевдогаллюцинации
Г) витальная тоска
Д) верно а и г

10. Какая клиническая картина характерна для кататонического возбуждения?
А) дурашливо-патетическое, нарочитое, нелепое поведение с двигательными расстройствами типа кривляний, манерностью, эхопраксией. Речь с дурашливыми интонациями, эхолалией
Б) нелепое стереотипное возбуждение, сопровождающееся бессмысленной яростью, самоповреждениями, негативизмом. Речь с элементами эхолалии и стереотипными оборотами
В) нелепое разрушительное агрессивное возбуждение с тяжелыми повреждениями окружающих вплоть до убийства. Речь бессвязна. Аффект злобы, страха, дисфория, реже – экстаз
Г) ничегоиз перечисленного
Д) всё верно

11. Для парафренного синдрома характерно:
А) бред самоуничижения.
Б) сочетание бреда величия и бреда воздействия
В) сочетание психомоторного возбуждения и бреда величия
Г) бред обыденных отношений.
Д) верно б и в

12. Укажите психотический синдром из числа перечисленных ниже.
А) обсессивный синдром
Б) психопатический синдром
В) делириозный синдром
Г) истерический синдром
Д) все вышеперечисленные

13. При делирии преобладают:
А) наплыв фантастических представлений
Б) обилие зрительных галлюцинаций
В) ощущение перемещения в пространстве
Г) явления астазии-абазии
Д) бредовые идеи величия

14. Резонерство – это:

А) склонность к детализации при вязком обстоятельном мышлении

Б) особенность мышления, при котором предложения построены грамматически Правильно, но нет логической связи между словами

В) бесплодное мудрствование, больной знаком с понятиями высшего порядка, но конструктивно оперировать ими не может

Г) мышление не подчиняется законам логики и общества, опора делается на случайный малозначимый признак

Д) все верно

15. Укажите симптом, не относящийся к эпилептическим расстройствам.

А) аура

Б) сумеречное расстройство сознания

В) тонические судороги

Г) резонерство

Д) клонические судороги

16. Что из нижеперечисленного относится к сенестопатиям?

А) тягостные ощущения, не всегда имеющие четкую локализацию.

Б) искаженное восприятие отдельных свойств предметов и явлений.

В) отсутствие чувствительности.

Г) нарушение чувственной окраски восприятия окружающего.

Д) неприятные ощущения, ассоциированные с зоной иннервации.

17. При каком из нижеперечисленных синдромов наблюдаются псевдореминисценции?

А) невротический синдром.

Б) галлюцинаторно-параноидный синдром.

В) деменция.

Г) ни то, ни другое

Д) всё перечисленное верно

18. При каком из нижеперечисленных синдромов наблюдается раздражительная слабость?

А) астенический синдром.

Б) галлюцинаторно-параноидный синдром.

В) деменция.

Г) ни то, ни другое

Д) всё перечисленное верно

19. Астенический синдром характеризуется всем перечисленным, кроме

А) физической истощаемости

Б) психической истощаемости

В) фиксационной амнезии

Г) аффективной лабильности

20. Обсессивный синдром характеризуется

А) возникновением чувств, мыслей, воспоминаний, влечений, двигательных актов и т.д. помимо желания

Б) сознанием их болезненности, критическим отношением к ним

В) бессилием в противоборстве, преодолением ценой изнуряющих страданий

Г) всем перечисленным

Д) ничем из перечисленного

21. Бредовые идеи характеризуются всем перечисленным, кроме

А) несоответствия действительности

Б) доступности исправления, устранения путем убеждения

В) искажения отражения действительности

Г) полного овладения сознания

Д) невозможности исправления, несмотря на явное противоречие с действительностью

22. Для галлюцинаций характерно

А) расстройство восприятия, при котором в сознании возникают зрительные образы, звуки, вкусовые обонятельные или тактильные ощущения без внешнего раздражителя

Б) искаженное восприятие реально существующих объектов

В) болезненное обострение чувствительности к внешним раздражителям

Г) все перечисленное

23. Ангедония – это

А) затруднения в передаче, психологическом описании своего состояния.

Б) потеря чувства радости, наслаждения, удовольствия.

В) снижение, утрата способности к активной деятельности (психической, двигательной, речевой) .

Г) отсутствие чувствительности - тепловой, тактильной, болевой и т.д.

Д) нарушение эмоционально-волевой сферы, характеризующееся отсутствием эмоциональных проявлений, вялостью, безразличием к себе и близким, к происходящему вокруг, отсутствием желаний, жизненных побуждений, бездеятельностью.

24. Ангедония встречается при следующих заболеваниях:

А) болезнь паркинсона

Б) рекуррентное депрессивное расстройство

В) шизофрения

Г) при всех вышеперечисленных

Д) ни при каком из вышеперечисленных

25. В МКБ-10 выделяют следующие типы шизофрении, кроме:

А) параноидная

Б) гебефренияеская

В) кататонической

Г) постшизофреническая депрессия

Д) шизофренические реакции

26. Для депрессивной фазы биполярного аффективного расстройства

Характерно все перечисленное, исключая

А) наличие депрессивной триады

Б) ангедония

В) идеи самообвинения

Г) расстройство сна

Д) расторможение влечений

27. К соматическим признакам депрессии относятся

А) запоры
Б) дисменорея
В) похудание
Г) все перечисленное
Д) ничего из перечисленного

28. Для навязчивых состояний характерно все, кроме:
А) тягостность
Б) контрастность личностным установкам
В) отсутствие критики
Г) высокий уровень тревоги
Д) ритуалы

29. Какой признак говорит в пользу дисморфофобии?
А) идеи собственного превосходства.
Б) стремление к самоутверждению.
В) убежденность в наличии физического недостатка.
Г) сверхценное отношение к собственному здоровью.
Д) все вышеперечисленные.

30. Гипостезия — это
а) снижение чувствительности только к тактильным раздражителям
Б) искаженное восприятие внешних раздражителей
В) снижение чувствительности ко всем внешним раздражителям
Г) снижение эмоционального отклика на внешние раздражители
Д) все верно

31. Сумеречное помрачение сознания характеризуется следующими признаками, кроме:
А) дезориентировкой в окружающем пространстве при сохранности способности к привычным действиям
Б) постепенным началом
В) транзиторностью
Г) амнезией периода помраченного сознания
Д) деструктивным поведением

32. К какому типу расстройств относится астазия-абазия согласно критериям мкб-10?
А) соматоформные
Б) диссоциативные /конверсионные
В) невротические
Г) психосоматические
Д) органические

33. Для большого эпилептического припадка характерно все, кроме:
А) конградная амнезия
Б) ритуалы
В) аура
Г) тонические судороги
Д) непроизвольное мочеиспускание

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат: 025EBCDA0086B37190441EA01429896C12
Владелец: Чайка Юлия Александровна
Действителен: с 30.10.2025 до 30.01.2027