

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Игнатенко Григорий Анатольевич
Должность: Ректор
Дата подписания: 25.03.2025 12:05:22
Уникальный программный ключ:
c255aa436a6dccbd528274f148f80fe5b9ab4264

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДОНЕЦКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М. ГОРЬКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

«Утверждено»
на заседании кафедры
«29» августа 2024 г.
протокол № 1
заведующий кафедрой
д.мед.н., проф. В.А. Абрамов

Фонд оценочных средств по дисциплине

ПСИХИАТРИЯ, МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Специальность

31.05.01 Лечебное дело

Донецк 2024

ЛИСТ АКТУАЛИЗАЦИИ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДИСЦИПЛИНЫ

№	Дата и номер протокола утверждения*	Раздел ФОС	Основание актуализации	Должность, ФИО, подпись, ответственного за актуализацию
1	29.08.2024 №1			

* протокол заседания учебно-методического совещания кафедры

Паспорт фонда оценочных средств по дисциплине

ПСИХИАТРИЯ, МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Код и наименование компетенции	Код контролируемого индикатора достижения компетенции	Задания	
		Тестовые задания	Ситуационные задания
Универсальные компетенции (УК)			
УК 1 Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий.	УК-1.1.3. - знает методы критического анализа и оценки современных научных и практических достижений;	T1 УК-1.1.3. T2 УК-1.1.3.	C1 УК-1.1.3.
	УК-1.2.1. - умеет собирать и обобщать данные по актуальным проблемам, относящимся к профессиональной области;	T3 УК-1.2.1. T4 УК-1.2.1.	C2 УК-1.2.1.
	УК-1.3.2. - владеет навыком разработки стратегии достижения поставленной цели как последовательности шагов, предвидя результат каждого из них и оценивая их влияния на внешнее окружение планируемой деятельности и на взаимоотношения участников этой деятельности.	T5 УК-1.3.2. T6 УК-1.3.2.	C3 УК-1.3.2.
УК 6 Способен определять и реализовывать приоритеты собственной деятельности и способы ее совершенствования на основе самооценки и образования в течение всей жизни.	УК-6.1.1. - знает содержание процессов самоорганизации и самообразования, их особенности и технологии реализации, исходя из целей совершенствования профессиональной деятельности;	T7 УК-6.1.1. T8 УК-6.1.1.	C4 УК-6.1.1.

	УК-6.2.1. - умеет оценивать свои ресурсы и их пределы (личностные, ситуативные, временные) и оптимально использовать их;	T9 УК-6.2.1. T10 УК-6.2.1.	C5 УК-6.2.1.
	УК-6.3.3. - владеет навыком планирования профессиональной траектории с учетом особенностей как профессиональной, так и других видов деятельности и требований рынка труда.	T11 УК-6.3.3. T12 УК-6.3.3.	C6 УК-6.3.3.
Общепрофессиональные компетенции (ОПК)			
ОПК 1 Способен реализовывать моральные и правовые нормы, этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности.	ОПК-1.1.1. - знает основы медицинской этики и деонтологии;	T13 ОПК-1.1.1. T14 ОПК-1.1.1.	C7 ОПК-1.1.1.
	ОПК-1.2.1. - умеет применять этические нормы и принципы поведения медицинского работника при выполнении своих профессиональных обязанностей;	T15 ОПК-1.2.1. T16 ОПК-1.2.1.	C8 ОПК-1.2.1.
	ОПК-1.3.2. - владеет способами решения стандартных задач профессиональной деятельности на основе этических норм, деонтологических принципов и правовых основ при взаимодействии с коллегами и пациентами (их законными представителями).	T17 ОПК-1.3.2. T18 ОПК-1.3.2.	C9 ОПК-1.3.2.
ОПК-11. Способен подготавливать и применять научную, научно-производственную, проектную, организационно-управленческую и нормативную документацию в	ОПК-11.1.2. - знает способы подготовки и применения научной, научно-производственной, проектной, организационно-управленческой и нормативной документации в системе здравоохранения;	T19 ОПК-11.1.2. T20 ОПК-11.1.2.	C10 ОПК-11.1.2.

системе здравоохранения.			
	ОПК-11.2.3. - умеет подготавливать и применять научную, научно-производственную, проектную, организационно-управленческую и нормативную документацию в системе здравоохранения, необходимой для решения задач профессиональной деятельности;	T21 ОПК-11.2.3. T22 ОПК-11.2.3.	C11 ОПК-11.2.3.
	ОПК-11.3.1. - владеет навыком подготовки и применения научной, научно-производственной, проектной, организационно-управленческой и нормативной документации в системе здравоохранения.	T23 ОПК-11.3.1. T24 ОПК-11.3.1.	C12 ОПК-11.3.1.
Профессиональных компетенций (ПК)			
ПК-1. Способен распознавать и оказывать медицинскую помощь в экстренной или неотложной формах при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента, включая состояния клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания)).	ПК-1.1.2. - знает этиологию, патогенез и патоморфологию, клиническую картину, дифференциальную диагностику, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний внутренних органов;	T25 ПК-1.1.2. T26 ПК-1.1.2.	C13 ПК-1.1.2.
	ПК-1.2.2. - умеет выполнять мероприятия по оказанию медицинской помощи в неотложной форме;	T27 ПК-1.2.2. T28 ПК-1.2.2.	C14 ПК-1.2.2.
	ПК-1.3.1. - владеет навыком оценивания состояния пациента, требующего оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах.	T29 ПК-1.3.1. T30 ПК-1.3.1.	C15 ПК-1.3.1.
ПК-2. Способен	ПК-2.1.5. - знает закономерности функционирования	T31 ПК-2.1.5.	C16 ПК-2.1.5.

<p>проводить обследование пациента при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.</p>	<p>здорового организма и механизмы обеспечения здоровья с позиции теории функциональных систем; особенности регуляции функциональных систем организма при патологических процессах;</p>	<p>Т32 ПК-2.1.5.</p>	
	<p>ПК-2.1.6. - знает методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов;</p>	<p>Т33 ПК-2.1.6. Т34 ПК-2.1.6.</p>	<p>С17 ПК-2.1.6.</p>
	<p>ПК-2.1.7. - знает этиологию, патогенез и патоморфологию, клиническую картину, дифференциальную диагностику, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний внутренних органов;</p>	<p>Т35 ПК-2.1.7. Т36 ПК-2.1.7.</p>	<p>С18 ПК-2.1.7.</p>
	<p>ПК-2.2.1. - умеет осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента и анализировать полученную информацию;</p>	<p>Т37 ПК-2.2.1. Т38 ПК-2.2.1.</p>	<p>С19 ПК-2.2.1.</p>
	<p>ПК-2.3.3. - владеет навыком формулирования предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента;</p>	<p>Т39 ПК-2.3.3. Т40 ПК-2.3.3.</p>	<p>С20 ПК-2.3.3.</p>
	<p>ПК-2.3.8. - владеет навыком проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями/состояниями, в том числе неотложными;</p>	<p>Т41 ПК-2.3.8. Т42 ПК-2.3.8.</p>	<p>С21 ПК-2.3.8.</p>
	<p>ПК-2.3.9. - владеет навыком установления диагноза с учетом действующей международной статистической</p>	<p>Т43 ПК-2.3.9. Т44 ПК-2.3.9.</p>	<p>С22 ПК-2.3.9.</p>

	классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).		
ПК-3. Способен назначать медикаментозное и немедикаментозное лечение с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.	ПК-3.1.1. - знает современные методы применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания при заболеваниях и состояниях у пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи;	T45 ПК-3.1.1. T46 ПК-3.1.1.	C23 ПК-3.1.1.
	ПК-3.1.3. - знает современные методы немедикаментозного лечения болезней и состояний у пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи;	T47 ПК-3.1.3. T48 ПК-3.1.3.	C24 ПК-3.1.3.
	ПК-3.2.1. - умеет составлять план лечения заболевания и состояния пациента с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи;	T49 ПК-3.2.1. T50 ПК-3.2.1.	C25 ПК-3.2.1.

	ПК-3.2.2. - умеет назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи;	T51 ПК-3.2.2. T52 ПК-3.2.2.	C26 ПК-3.2.2.
	ПК-3.3.1. - владеет навыком разработки плана лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.	T53 ПК-3.3.1. T54 ПК-3.3.1.	C27 ПК-3.3.1.
ПК-4. Способен реализовывать мероприятия по медицинской реабилитации пациента с учетом медицинских показаний и противопоказания к их проведению, и диагноза в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов	ПК- 4.1.5. - знает мероприятия по медицинской реабилитации пациента, медицинские показания и противопоказания к их проведению с учетом диагноза в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи;	T55 ПК-4.1.5. T56 ПК-4.1.5.	C28 ПК-4.1.5.

медицинской помощи.			
	ПК-4.2.3. - умеет выполнять мероприятия медицинской реабилитации пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи;	T57 ПК-4.2.3. T58 ПК-4.2.3.	C29 ПК-4.2.3.
	ПК-4.3.6. - владеет навыком оценки эффективности и безопасности мероприятий медицинской реабилитации пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.	T59 ПК-4.3.6. T60 ПК-4.3.6.	C30 ПК-4.3.6.
ПК-6. Способен вести медицинскую документацию и организовывать деятельности находящего в распоряжении среднего медицинского персонала.	ПК-6.1.3. - знает правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь амбулаторно, в том числе на дому при вызове медицинского работника;	T61 ПК-6.1.3. T62 ПК-6.1.3.	C31 ПК-6.1.3.
	ПК-6.2.3. - умеет работать с персональными данными пациентов и сведениями, составляющими врачебную тайну;	T63 ПК-6.2.3. T64 ПК-6.2.3.	C32 ПК-6.2.3.
	ПК-6.3.5. - владеет навыком обеспечения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в пределах должностных обязанностей.	T65 ПК-6.3.5. T66 ПК-6.3.5.	C33 ПК-6.3.5.

Оценивание результатов текущей успеваемости, ИМК, экзамена и выставление оценок за дисциплину проводится в соответствии с действующим Положением об оценивании учебной деятельности студентов ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России

Образцы оценочных средств
Тестовые задания

Т1 УК-1.1.3. ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА РАЗВИВАЕТСЯ НА ОСНОВЕ _____ ИССЛЕДОВАНИЙ.

- А. *Эпидемиологических
- Б. Физиологических
- В. Патоморфологических
- Г. Психологических

Т2 УК 1.1.3. ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННАЯ ПОМОЩЬ В РАЗВИТИИ ХАРАКТЕРА И ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ КАЧЕСТВ ЛИЧНОСТИ, СПОСОБНОСТЕЙ, В ХОДЕ КОТОРОЙ СОЗДАЮТСЯ УСЛОВИЯ ДЛЯ САМОРАЗВИТИЯ И САМОАКТУАЛИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ НАЗЫВАЕТСЯ ...

- А. *Воспитание
- Б. Образование
- В. Обучение
- Г. Развитие

Т3 УК-1.2.1. ВЫЯВЛЕНИЕ В АНАМНЕЗЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЧЕРЕДОВАНИЙ МАНИАКАЛЬНЫХ И ДЕПРЕССИВНЫХ ФАЗ В ТЕЧЕНИЕ ЖИЗНИ ПОЗВОЛЯЕТ ПОСТАВИТЬ ПО МКБ-10 ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ...

- А. *Биполярное аффективное расстройство
- Б. Рекуррентное депрессивное расстройство
- В. Органическое биполярное расстройство
- Г. Шизоаффективное расстройство, смешанный тип

Т4 УК-1.2.1. КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ МЗ РФ ПРЕДЛАГАЮТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ В КАЧЕСТВЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ИНТЕРВЕНЦИИ _____ МЕТОДЫ.

- А. Бихевиоральные
- Б. *Когнитивно-поведенческие
- В. Экзистенциальные
- Г. Телесно-ориентированные

Т5 УК-1.3.2. МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО В ОТНОШЕНИИ БОЛЬНОГО, ПРЕДСТАВЛЯЮЩЕГО ОПАСНОСТЬ ДЛЯ ОКРУЖАЮЩИХ, БЕЗ ЕГО СОГЛАСИЯ ДОПУСКАЕТСЯ ПО ...

- А. *решению суда
- Б. разрешению главного врача
- В. заключению врачебной комиссии
- Г. заключению консилиума врачей

Т6 УК-1.3.2. ВО ВРЕМЯ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШЕМУ ЗАПРЕЩАЕТСЯ ...

- А. активное слушание
- Б. удовлетворение базовых потребностей
- В. *психологический дебрифинг
- Г. ненавязчивая поддержка

Т7 УК-6.1.1. НЕСПОСОБНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА ДЛИТЕЛЬНОЕ ВРЕМЯ УДЕРЖИВАТЬ ФОКУС ПРОИЗВОЛЬНОГО ВНИМАНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ

- А. *Иstoщaeмoсть
- Б. Tyгoпoдвижнoсть
- В. Heycтoйчивoсть
- Г. Cвepхoтвлeкaeмoсть

T8 УК-6.1.1. ПРИ ОБЩЕНИИ ВРАЧА С ПАЦИЕНТОМ, ИЗЛОЖЕНИЕ ЖАЛОБ БОЛЬНЫМ ПРОИСХОДИТ В ФАЗЕ ...

- А. *Активнoгo cлушaния
- Б. Кoрpeктивкoв
- В. Opиeнтaции
- Г. Aргyмeнтaции

T9 УК-6.2.1. ЛИЧНОСТЯМ _____ ТИПА СВОЙСТВЕННО СОЧЕТАНИЕ «ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ ВПЕЧАТЛИТЕЛЬНОСТИ», ВЫСОКИХ ТРЕБОВАНИЙ К СЕБЕ И ВЫРАЖЕННОГО ЧУВСТВА СОБСТВЕННОЙ НЕПОЛНОЦЕННОСТИ.

- А. циклоидного
- Б. *ceнситивнoгo
- В. лaбильнoгo
- Г. гипертимного

T10 УК-6.2.1. СПОСОБНОСТЬ СОЗНАТЕЛЬНО ОБРАЩАТЬ ВНИМАНИЕ НА СВОИ МЫСЛИ, ЭМОЦИИ И ПОВЕДЕНИЕ, ОЦЕНИВАТЬ ПРИНЯТЫЕ РЕШЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ НАЗЫВАЕТСЯ ...

- А. Жизнecтoйкoсть
- Б. Cаmoeффeктивнoсть
- В. *Рефлeксия
- Г. Cаmoкoнтpoль

T11 УК-6.3.3. ВРАЧ СПОСОБЕН ГЛУБОКО ПОНЯТЬ И ВЧУВСТВОВАТЬСЯ В ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТА, ЭМПАТИРОВАТЬ, СОПЕРЕЖИВАТЬ СОВМЕСТНО С БОЛЬНЫМ КОЛЕБАНИЯ ЕГО СОСТОЯНИЯ ОТНОСИТСЯ К _____ ПСИХОЛОГИЧЕСКОМУ ТИПУ.

- А. *coпepеживaющeмy
- Б. эmoциoнaльнo-нeйтpaльнoмy
- В. дирeктивнoмy
- Г. нeдирeктивнoмy

T12 УК-6.3.3. КОММУНИКАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА КООРДИНАЦИЮ И ИНТЕГРАЦИЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СОТРУДНИКОВ РАЗЛИЧНЫХ ОТДЕЛОВ И ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ НА ОДНИХ И ТЕХ ЖЕ УРОВНЯХ ИЕРАРХИИ, НАЗЫВАЮТСЯ ...

- А. Bepтикaльнe
- Б. Нисxoдящиe
- В. Bocxoдящиe
- Г. *Гoризoнтaльнe

T13 ОПК-1.1.1. ПРИНЦИП МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ, ТРЕБУЮЩИЙ ОТ ВРАЧА УВАЖАТЬ ПРАВО ПАЦИЕНТА НА ПРИНЯТИЕ САМОСТОЯТЕЛЬНЫХ РЕШЕНИЙ, НАЗЫВАЕТСЯ ...

- А. *aвтoнoмия
- Б. милoсepдиe
- В. cпpaвeдливoсть

Г. конфиденциальность

Т14 ОПК-1.1.1. ПРИНЦИП МЕДИЦИНСКОЙ ДЕОНТОЛОГИИ, ВКЛЮЧАЮЩИЙ ЧУТКОЕ ОТНОШЕНИЕ К ПОТРЕБНОСТЯМ ПАЦИЕНТА, НАЗЫВАЕТСЯ ...

- А. автономия
- Б. *милосердие
- В. справедливость
- Г. конфиденциальность

Т15 ОПК-1.2.1. В СЛУЧАЯХ, КОГДА ПАЦИЕНТ НАХОДИТСЯ В ТЯЖЕЛОМ СОСТОЯНИИ И НЕ В СОСТОЯНИИ ДАТЬ СОГЛАСИЕ, МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ ДОЛЖНЫ ...

- А. соблюдать правила конфиденциальности
- Б. ожидать, когда сам пациент сможет дать свое письменное согласие
- В. *уведомить его ближайших родственников о его состоянии и месте нахождения
- Г. ждать письменное требование родственников для предоставления информации о больном

Т16 ОПК-1.2.1. ВРАЧ ИМЕЕТ ПРАВО РАСКРЫТЬ МЕДИЦИНСКУЮ ИНФОРМАЦИЮ О ПАЦИЕНТЕ В СЛУЧАЕ ...

- А. *письменного согласия самого пациента
- Б. устного согласия самого пациента
- В. письменного требования родственников
- Г. если сохранение тайны не угрожает его жизни или здоровью

Т17 ОПК-1.3.2. В СЛУЧАЕ ОТКАЗА ПАЦИЕНТА ОТ ЛЕЧЕНИЯ ВРАЧ ОБЯЗАН ...

- А. заставить пациента продолжить лечение
- Б. сообщить информацию коллегам
- В. *уважать его решение и документировать отказ
- Г. сообщить информацию страховой компании

Т18 ОПК-1.3.2. ЕСЛИ БОЛЬНОЙ В ЯСНОМ СОЗНАНИИ, АДЕКВАТЕН И ДЕЕСПОСОБЕН, ПЕРЕД РАЗГОВОРом С ЕГО РОДСТВЕННИКАМИ ВРАЧ ОБЯЗАН ПОЛУЧИТЬ ...

- А. согласие больного
- Б. профессиональные рекомендации
- В. *полную меддокументацию
- Г. юридическую консультацию

Т22 ОПК-11.1.2. ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОГО УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ МЕНЕДЖЕРЫ ДОЛЖНЫ ОБЛАДАТЬ НАВЫКАМИ ...

- А. *Компетентности
- Б. Стандартизации
- В. Формализма
- Г. Однозначности

Т20 ОПК-11.1.2. ПРИ ПОДГОТОВКЕ НАУЧНОЙ ПУБЛИКАЦИИ ВЫДЕЛЯЮТ ЭТАП ОПРЕДЕЛЕНИЯ ...

- А. *Названия статьи
- Б. Целевой аудитории
- В. Основного издательства
- Г. Авторских прав

T21 ОПК-11.2.3. ПРИ СРАВНЕНИИ СРЕДНИХ ДВУХ НЕЗАВИСИМЫХ ВЫБОРОК ЕСЛИ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ НЕ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ НОРМАЛЬНОГО И ПРИ ЭТОМ ДИСПЕРСИИ ЯВЛЯЮТСЯ ГОМОГЕННЫМИ, ТО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ КРИТЕРИЙ ...

- А. *Стьюдента
- Б. Мак-Нимара
- В. Манна-Уитни
- Г. Краскела-Уоллиса

T22 ОПК-11.2.3. ПРИ ПОДГОТОВКЕ НАУЧНОЙ ПУБЛИКАЦИИ НЕУМЕСТНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОРИГИНАЛЬНЫХ ЧУЖИХ ИДЕЙ В ВИДЕ ...

- А. цитирования
- Б. самоцитирования
- В. соавторства
- Г. *плагиата

T23 ОПК-11.3.1. СОВРЕМЕННЫМ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ, НАПРАВЛЕННЫМ НА ОЦЕНКУ ВЫРАЖЕННОСТИ ТРЕВОЖНОЙ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ, ЯВЛЯЕТСЯ ...

- А. опросник Д. Бернса
- Б. методика ТША (TAS)
- В. *методика Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина
- Г. проективный тест «Несуществующее животное»

T24 ОПК-11.3.1. ПРИ ПОДГОТОВКЕ НАУЧНОЙ СТАТЬИ АВТОР КРАТКО ХАРАКТЕРИЗУЕТ СОДЕРЖАНИЕ ПРОИЗВЕДЕНИЯ ПЕЧАТИ ИЛИ РУКОПИСИ В ВИДЕ ...

- А. сочинения
- Б. *аннотации
- В. рубрикатора
- Г. списка источников

T25 ПК-1.1.2. ПОЯВЛЕНИЕ ГИПЕРТЕРМИИ, МЫШЕЧНОЙ РИГИДНОСТИ, В ТОМ ЧИСЛЕ СИМПТОМА «ЗУБЧАТОГО КОЛЕСА», НАРАСТАЮЩЕГО УГНЕТЕНИЯ СОЗНАНИЯ, КОМПЛЕКСА СОМАТОВЕГЕТАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ТАКОГО НЕОТЛОЖНОГО СОСТОЯНИЯ В ПСИХИАТРИИ КАК

...

- А. акатизия
- Б. острая дистония
- В. серотониновый синдром
- Г. *нейролептический синдром

T26 ПК-1.1.2. СИМПТОМ КАПЮШОНА ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ _____ СИНДРОМА.

- А *Кататонического
- Б Ипохондрического
- В Маниакального
- Г Гебефренического

T27 ПК-1.2.2. ПЕРВООЧЕРЕДНО ПРИ ПОЯВЛЕНИИ СИМПТОМОВ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОГО СИНДРОМА НЕОБХОДИМО ...

- А. назначить холинолитик
- Б. назначить бензодиазепиновые транквилизаторы

- В. *отменить назначенную антипсихотическую терапию
- Г. применить методы экстракорпоральной детоксикации

T28 ПК-1.2.2. ПРИ ПОЯВЛЕНИИ ОСТРОЙ ДИСТОНИИ НА ФОНЕ АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПЕРВООЧЕРЕДНО НЕОБХОДИМО ...

- А. отменить все антипсихотики
- Б. начать терапию кортикостероидами
- В. *ввести антихолинергическое средство
- Г. назначить серотонинергические препараты

T29 ПК-1.3.1. НЕДОБРОВОЛЬНАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТА В СТАЦИОНАР ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ, В ТОМ ЧИСЛЕ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В НЕОТЛОЖНОЙ ИЛИ ЭКСТРЕННОЙ ФОРМАХ, ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЕСЛИ ОН ...

- А. *опасен для себя или окружающих
- Б. конфликтует с родственниками
- В. высказывает бредовые идеи
- Г. отказывается от лечения

T30 ПК-1.3.1. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ОПИАТАМИ ОБЫЧНО ВЫЯВЛЯЮТ ...

- А. тошноту и рвоту
- Б. *миоз и брадикардию
- В. тахипноэ и гиперемия
- Г. тахикардию и аритмию

T31 ПК-2.1.5. В НОРМЕ ПРИ СТРЕССОВЫХ СИТУАЦИЯХ ГИПОФИЗ ПРОДУЦИРУЕТ ...

- А. Адреналин
- Б. Кортизол
- В. Простогландин
- Г. *Кортикотропин

T32 ПК - 2.1.5. МЕРОПРИЯТИЯ, КОТОРОЙ НАПРАВЛЕННЫ НА ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПСИХИЧЕСКИ ЗДОРОВОГО НАСЕЛЕНИЯ, НАЗЫВАЮТСЯ ...

- А. медицинской реабилитацией
- Б. *первичной психопрофилактикой
- В. вторичной психопрофилактикой
- Г. третичной психопрофилактикой

T33 ПК-2.1.6. ПОКАЗАНИЕМ К ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА МОЖЕТ СЛУЖИТЬ ПОДОЗРЕНИЕ НА ...

- А. Шизофрению
- Б. *Панические атаки
- В. Доброкачественные опухоли
- Г. Сосудистые мальформации

T34 ПК - 2.1.6. ПО МЕТОДИКЕ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ В. ЗУНГА ПОКАЗАТЕЛЬ _____, СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ОБ ИСТИННОМ ДЕПРЕССИВНОМ СОСТОЯНИИ.

- А. 43 балла
- Б. 58 баллов

В. 66 баллов

Г. *74 балла

Т35 ПК-2.1.7. БИПОЛЯРНОЕ АФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С ...

А. Эпилепсией

Б. Дистимией

В. *Циклотимией

Г. Депрессией

Т36 ПК - 2.1.7. _____ РАССТРОЙСТВО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВНЕЗАПНЫМИ ПРИСТУПАМИ ТРЕВОГИ, ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ДО 5-10 МИНУТ, СОПРОВОЖДАЮЩИМИСЯ ЧУВСТВОМ УДУШЬЯ, ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ, НЕРЕАЛЬНОСТИ ПРОИСХОДЯЩЕГО, СТРАХОМ СМЕРТИ.

А. Генерализованное тревожное

Б. Тревожно-фобическое

В. Обсессивно-компульсивное

Г. *Паническое

Т37 ПК-2.2.1. ПРИ СБОРЕ АНАМНЕЗА ЖИЗНИ У БОЛЬНОГО С ПОДОЗРЕНИЕМ НА РАССТРОЙСТВО АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА НЕОБХОДИМО УТОЧНИТЬ _____ АНАМНЕЗ.

А. Иммунологический

Б. Аллергологический

В. *Семейный

Г. Постнатальный

Т38 ПК - 2.2.1. ПАЦИЕНТ ЖАЛОБ НЕ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ, НА ВОПРОСЫ ОТВЕЧАЕТ НЕОХОТНО, К РОДСТВЕННИКАМ РАВНОДУШЕН. В ОТДЕЛЕНИИ ВСЕ ВРЕМЯ НАХОДИТСЯ В ПОСТЕЛИ, ПРОИСХОДЯЩИМ ВОКРУГ НЕ ИНТЕРЕСУЕТСЯ, ЛИЧНОЙ ГИГИЕНОЙ ПРЕНЕБРЕГАЕТ. КРИТИКИ НЕТ. У ПАЦИЕНТА _____ СИНДРОМ.

А. Депрессивный

Б. Кататонический

В. Астенический

Г. *Апатобулический

Т39 ПК-2.3.3. НАЛИЧИЕ ПРОЛОНГИРОВАННЫХ СИМПТОМОВ ГИПЕСТЕЗИЯ, БРАДИФРЕНИИ, ГИПОТИМИИ ВЕРОЯТНО УКАЗЫВАЮТ НА ДИАГНОЗ ...

А. Неврастении

Б. Циклотимии

В. *Депрессии

Г. Шизофрении

Т40 ПК - 2.3.3. ПОСЛЕДНИЕ 6 МЕСЯЦЕВ РОДСТВЕННИКИ ПАЦИЕНТКИ ЗАМЕТИЛИ У НЕЕ НАРАСТАЮЩЕЕ СНИЖЕНИЕ ПАМЯТИ, КОНЦЕНТРАЦИИ ВНИМАНИЯ, СНИЖЕНИЕ ИНТЕЛЛЕКТА. ДВИЖЕНИЯ БОЛЬНОЙ СТАЛИ РИГИДНЫМИ. НА ПРИЕМЕ У ПСИХИАТРА ВРАЧ ПРЕДПОЛОЖИЛ СЕНИЛЬНУЮ ДЕМЕНЦИЮ. ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ МЕТОДИКУ ...

А. ММРІ

Б. *ММSE

В. Пиктограмм

Г. Спилбергера и Ханина

Т41 ПК-2.3.8. НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С ДЛИТЕЛЬНЫМ ОТКАЗОМ ОТ ЕДЫ, У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С ...

- А. Аменцией
- Б. *Анорексией
- В. Деменцией
- Г. Орторексией

Т42 ПК - 2.3.8. ПАЦИЕНТКА ПРЕДЪЯВЛЯЕТ ЖАЛОБЫ НА ПОСТОЯННОЕ ЧУВСТВО БЕСПОКОЙСТВА, БЕСПРИЧИННОЕ ОЩУЩЕНИЕ НАДВИГАЮЩЕЙСЯ «БЕДЫ», НЕРВОЗНОСТИ, МЫШЕЧНОГО НАПРЯЖЕНИЯ, УЧАЩЕННОГО СЕРДЦЕБИЕНИЯ, КОТОРЫЕ НАБЛЮДАЮТСЯ НА ПРОТЯЖЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ 5 МЕСЯЦЕВ. У ПАЦИЕНТКИ _____ РАССТРОЙСТВО.

- А. *Генерализованное тревожное
- Б. Паническое
- В. Диссоциативное
- Г. Астеническое

Т43 ПК-2.3.9. ПОВТОРНОЕ ПРЕДЪЯВЛЕНИЕ СОМАТИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ ОДНОВРЕМЕННО С НАСТОЙЧИВЫМИ ТРЕБОВАНИЯМИ МЕДИЦИНСКИХ ОБСЛЕДОВАНИЙ РАССМАТРИВАЮТСЯ В МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ (МКБ-10) В РУБРИКЕ _____ РАССТРОЙСТВ.

- А. Тревожно-фобических
- Б. Обсессивно-компульсивных
- В. *Соматоформных
- Г. Диссоциативных

Т44 ПК - 2.3.9. У ПАЦИЕНТКИ НА ПРОТЯЖЕНИИ МЕСЯЦА НАБЛЮДАЕТСЯ СНИЖЕНИЕ НАСТРОЕНИЯ, ПОВЫШЕНИЕ УТОМЛЯЕМОСТЬ, АНГЕДОНИЯ. ПРИ ОСМОТРЕ ВЫЯВЛЕНО ЧУВСТВО ГРУСТИ, СНИЖЕНИЕ САМООЦЕНКИ, ПЕССИМИСТИЧЕСКОЕ ОТНОШЕНИЕ К БУДУЩЕМУ. 1,5 ГОДА НАЗАД НАХОДИЛАСЬ НА ЛЕЧЕНИИ С ПОДОБНОЙ СИМПТОМАТИКОЙ. У ПАЦИЕНТКИ ВЕРОЯТНЕЕ ВСЕГО ...

- А. *Рекуррентное депрессивное расстройство
- Б. Биполярное аффективное расстройство
- В. Умеренный депрессивный эпизод
- Г. Тяжелый депрессивный эпизод

Т45 ПК-3.1.1. В СВЯЗИ С БОЛЬШОЙ ВЕРОЯТНОСТЬЮ РАЗВИТИЯ ЗАВИСИМОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ С ОГРОМНОЙ ОСТОРОЖНОСТЬЮ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ ...

- А. нейролептики
- Б. нормотимики
- В. *транквилизаторы
- Г. антидепрессанты

Т46 ПК-3.1.1. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ КАТАТОНИЧЕСКОЙ ШИЗОФРЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ ...

- А. Аминазин
- Б. *Мажептил
- В. Хлорпромазин

Г. Амитриптилин

Т47 ПК-3.1.3. СОГЛАСНО КЛИНИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ, ПАЦИЕНТАМ С ПАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ ПАНИЧЕСКИХ АТАК И УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, РЕКОМЕНДУЕТСЯ _____ ПСИХОТЕРАПИЯ.

- А. гештальт
- Б. психодинамическая
- В. *когнитивно-поведенческая
- Г. личностно-ориентированная

Т48 ПК-3.1.3. ПРОВЕДЕНИЕ ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНОЙ ТЕРАПИИ ПОКАЗАНО ПРИ ...

- А. Мании
- Б. Деменции
- В. Эпилепсии
- Г. *Шизофрении

Т49 ПК-3.2.1. ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОГО ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИИ ПРИ БИПОЛЯРНОМ АФФЕКТИВНОМ РАССТРОЙСТВЕ 1 ТИПА ЯВЛЯЕТСЯ ...

- А. *кветиапин
- Б. амитриптилин
- В. сертралин
- Г. пароксетин

Т50 ПК-3.2.1. НЕДОБРОВОЛЬНАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ В МЕДИЦИНСКУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ, ОКАЗЫВАЮЩУЮ ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ, ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЕСЛИ ПАЦИЕНТ ...

- А. отказывается от лечения
- Б. *опасен для себя и окружающих
- В. высказывает бредовые идеи
- Г. конфликтует с родственниками

Т51 ПК-3.2.2. ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОГО ВЫБОРА ДЛЯ ПАЦИЕНТА С ПЕРВЫМ ЭПИЗОДОМ ШИЗОФРЕНИИ, ПРИ КОТОРОМ ДОМИНИРУЕТ И ПЕРСИСТИРУЕТ НЕГАТИВНАЯ СИМПТОМАТИКА ЯВЛЯЕТСЯ ...

- А. *карипразин
- Б. галоперидол
- В. трифтазин
- Г. флюанксол

Т52 ПК-3.2.2. ДЛЯ ТЕРАПИИ МАНИАКАЛЬНОГО СИНДРОМА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ...

- А. Сертралин
- Б. Тразодон
- В. Коаксил
- Г. *Соли лития

Т53 ПК-3.3.1. ОСНОВНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ АНТИДЕПРЕССАНТОВ ИЗ ГРУППЫ СЕЛЕКТИВНЫХ ИНГИБИТОРОВ ОБРАТНОГО ЗАХВАТА СЕРОТОНИНА ЯВЛЯЕТСЯ _____ РАССТРОЙСТВО.

- А. шизотипическое
- Б. шизоаффективное

- В. *обсессивно-компульсивное
- Г. острое шизофреноподобное психотическое

T54 ПК-3.3.1. АНТИПСИХОТИКОМ, ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ КОТОРОГО РИСК ПРИБАВКИ МАССЫ ТЕЛА БУДЕТ МИНИМАЛЬНЫМ, ЯВЛЯЕТСЯ ...

- А. *Зипраксидон
- Б. Сульпирид
- В. Клозапин
- Г. Сертиндол

T55 ПК-4.1.5. ПСИХОСОЦИАЛЬНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ТРЕВОЖНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ДОЛЖНО НАЧИНАТЬСЯ С _____ ПСИХОТЕРАПИИ.

- А. гештальт
- Б. семейной
- В. *когнитивно-поведенческой
- Г. телесно-ориентированной

T56 ПК-4.1.5. ПСИХОСОЦИАЛЬНЫМ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫМ ВОЗДЕЙСТВИЕМ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В РАМКАХ «ПЕРВОГО ЭПИЗОДА» И ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ РАССТРОЙСТВА, ЯВЛЯЕТСЯ ...

- А. семейная терапия
- Б. психообразование
- В. *когнитивная ремедиация
- Г. тренинг социальных навыков

T57 ПК-4.2.3. ПСИХОСОЦИАЛЬНЫМ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫМ ВОЗДЕЙСТВИЕМ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ЯВЛЯЕТСЯ _____ ПСИХОТЕРАПИЯ.

- А. гуманистическая
- Б. коммуникативная
- В. психоаналитическая
- Г. *когнитивно-поведенческая

T58 ПК-4.2.3. НАЧАЛЬНЫМ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫМ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫМ ВОЗДЕЙСТВИЕМ ДЛЯ ПАЦИЕНТА С ОСТРЫМ ШИЗОФРЕНОПОДОБНЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ ЯВЛЯЕТСЯ ...

- А. *психообразование
- Б. тренинг социальных навыков
- Г. телесно-ориентированная психотерапия
- В. программа поддерживающего трудоустройства

T59 ПК-4.3.6. АРТ-ТЕРАПИЮ В КОМПЛЕКС ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПАЦИЕНТАМ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ МОЖНО ВКЛЮЧАТЬ ...

- А. *на различных этапах расстройства
- Б. только в периоды вне обострения расстройства
- В. в периоды обострений для снижения симптомов
- Г. в периоды ремиссии для улучшения эмоционального состояния

Т60 ПК-4.3.6. ПСИХООБРАЗОВАНИЕ В КОМПЛЕКС ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПАЦИЕНТАМ С ДИАГНОЗОМ ШИЗОФРЕНИЯ МОЖНО ВКЛЮЧАТЬ ...

- А. *на различных этапах расстройства
- Б. только в периоды вне обострения расстройства
- В. в периоды нарушения критики к своему состоянию
- Г. в периоды обострений для восстановления критики

Т61 ПК-6.1.3. В МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЕ ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ (УЧЕТНАЯ ФОРМА N 025/У) ОТДЕЛЬНО УКАЗЫВАЮТСЯ ДАННЫЕ О ...

- А. вакцинациях
- Б. *группе здоровья
- В. дегельминтизации
- Г. иммунопрофилактике

Т62 ПК-6.1.3. ЕДИНОЛИЧНАЯ ВЫДАЧА ЛИСТКА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ ДОПУСКАЕТСЯ НА СРОК ____ ДНЕЙ.

- А. 7
- Б. 10
- В. *15
- Г. 30

Т63 ПК-6.2.3. ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ СИМПТОМАТИЧЕСКИ СХОДНОЙ ПАТОЛОГИИ С ЭПИЗОДИЧЕСКОЙ (ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ) ТРЕВОГОЙ В КАЧЕСТВЕ ЛАБОРАТОРНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ РЕКОМЕНДУЕТСЯ АНАЛИЗ КРОВИ НА ...

- А. липиды
- Б. креатинин
- В. общий билирубин
- Г. *гормоны щитовидной железы

Т64 ПК-6.2.3. ЕСЛИ ПАЦИЕНТ С ПСИХИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ ВРЕМЕННО НЕ МОЖЕТ ВЫПОЛНЯТЬ СВОИ ТРУДОВЫЕ ОБЯЗАННОСТИ И НУЖДАЕТСЯ В ЛЕЧЕНИИ И ВОССТАНОВЛЕНИИ, ЭТО ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ОФОРМЛЕНИЯ ...

- А. 1 группы инвалидности
- Б. 2 группы инвалидности
- В. 3 группы инвалидности
- Г. *листка нетрудоспособности

Т65 ПК-6.3.5. ДОЛЖНОСТНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ ВРАЧА-ПСИХИАТРА ВКЛЮЧАЮТ ...

- А. профилактику инфекций
- Б. формирование здорового образа жизни
- В. использование крови и ее компонентов
- Г. *экспертизу временной нетрудоспособности

Т66 ПК-6.3.5. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ВРЕМЕННОЙ УТРАТЕ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА, НА СРОК ДО 15 КАЛЕНДАРНЫХ ДНЕЙ ВЫПИСЫВАЕТСЯ ...

- А. фельдшером

- Б. *лечащим врачом
- В. врачебной комиссией
- Г. медико-социальной экспертизой

Во всех тестовых заданиях правильный ответ отмечен звездочкой (*)

Ситуационные задания

С1 УК-1.1.3. Больная Д. 48 лет, официально не работает. Больна на протяжении 16 лет. Поступает впервые в данном году по настоянию матери, которая заметила, что дочь стала активной, деятельной, начала ремонт в квартире, однако не закончила его и стала заниматься сетевым бизнесом, получила несколько заказов, взяла за них деньги и бросила эту работу. Сама женщина больной себя не считает, уверена в хорошем самочувствии, жалоб не предъявляет. Неоднократно находилась на стационарном лечении в психиатрической больнице с диагнозом: Биполярное аффективное расстройство.

Состояние при осмотре. Контакт доступен. Ориентирована в месте, времени и собственной личности правильно. Жалоб, адекватных своему состоянию, не предъявляет. В беседе с врачом дистанцию не соблюдает, многоречива, говорит громким голосом, в быстром темпе. Фон настроения повышен. Охотно рассказывает о себе, сбивается с мыслей, перескакивает с темы на тему. Мышление ускорено, непоследовательно. Внимание легко привлекается, неустойчиво. Обещает доктору после выписки подарить дорогие часы «в знак уважения». Критика к своему состоянию отсутствует.

Вопросы:

1. Определите лечебную тактику.
2. Определите реабилитационную тактику.

Эталоны ответов:

1. Госпитализация. Терапия трехэтапная: купирующая, поддерживающая и противорецидивная. В данном случае на начальном этапе терапии маниакального состояния показана монотерапия одним из нормотимических препаратов (карбонат лития, не забывая о контроле за концентрацией лития в плазме крови, или вальпроат натрия), также допустима монотерапия антипсихотиками второго поколения.
2. Профилактическая терапия для предотвращения рецидивов заключается в назначении нормотимического средства и подбора адекватной дозы, учитывая соматоневрологический статус пациента и возможных побочных эффектов препаратов и противопоказаний к их назначению. При этом необходимо помнить о психосоциальной поддержке, психообразовании и психотерапии (сочетание адекватной фармакотерапии с длительной когнитивно-поведенческой психотерапией).

С2 УК-1.2.1. Больная Д. 48 лет, официально не работает. Больна на протяжении 16 лет. Поступает впервые в данном году по настоянию матери, которая заметила, что дочь стала активной, деятельной, начала ремонт в квартире, однако не закончила его и стала заниматься сетевым бизнесом, получила несколько заказов, взяла за них деньги и бросила эту работу. Сама женщина больной себя не считает, уверена в хорошем самочувствии, жалоб не предъявляет. Подобные состояния наблюдались в прошлом несколько раз. Первый раз находилась на стационарном лечении в психиатрической больнице с жалобами на снижение настроения, апатию, нежелание общаться с людьми, отсутствие сил, нарушение сна. После этого госпитализации неоднократно повторялись с частотой 2-3 раза в год.

Состояние при осмотре. Контакт доступен. Ориентирована в месте, времени и собственной личности правильно. Жалоб, адекватных своему состоянию, не предъявляет. В беседе с врачом дистанцию не соблюдает, многоречива, говорит громким голосом, в быстром темпе. Фон настроения повышен. Охотно рассказывает о себе, сбивается с

мыслей, перескакивает с темы на тему. Мышление ускорено, непоследовательно. Внимание легко привлекается, неустойчиво. Обещает доктору после выписки подарить дорогие часы «в знак уважения». Критика к своему состоянию отсутствует.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику с другими вероятными расстройствами.

Эталоны ответов:

1. Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании без психотических симптомов.
2. Шизоаффективное расстройство - нет психотических симптомов, органическое маниакальное расстройство – нет данных о наличии органических заболеваний головного мозга, мания – согласно анамнезу, подобное состояние у больной развивается не впервые и чередуется с депрессивной симптоматикой.

СЗ УК-1.3.2. Больная Т. 32 лет, учитель русского языка. Поступает на стационарное лечение повторно с жалобами на плохое настроение, «душа болит», отсутствие ощущений, потерю способности испытывать эмоции, что очень тяготит, нарушение сна. Впервые состояние изменилось около года назад, внезапно появилось повышенное настроение, стала активной, деятельной, перестала спать ночью, совершала нелепые поступки. Мать, обеспокоенная её состоянием, привела на консультацию в центр аффективной патологии, где был выставлен диагноз: Мания без психотических симптомов и предложено стационарное лечение.

Состояние при осмотре. Контакт доступен. Ориентирована в месте, времени и собственной личности правильно. Внешне напряжена, выражение лица печальное, фон настроения снижен. Предъявляет вышеизложенные жалобы. Большую часть времени лежит в кровати. Отмечает, что нет желания что-либо делать, с кем-либо общаться. На вопросы отвечает тихим голосом, после паузы. Эмоционально лабильна, плаксива. Мышление в несколько замедленном темпе, последовательное. Говорит, что ей «очень плохо, как будто умираю». Фиксирована на своём состоянии. Высказывает суицидальные мысли. Критика к своему состоянию сохранена.

Вопросы:

1. Определите лечебно-реабилитационную тактику.
2. Какие методы психологического обследования вы могли бы предложить для подтверждения и/или исключения диагноза.

Эталоны ответов:

1. Госпитализация. В данном случае на начальном этапе терапией первого выбора депрессии при биполярном аффективном расстройстве является монотерапия одним из препаратов (кветиапин, ламотриджин). При неэффективности – возможно использование комбинированной терапии нормотимиком и антидепрессантом (СИОЗС). На фоне фармакотерапии рекомендуется проведение сеансов когнитивно-поведенческой терапии. Профилактическая терапия для предотвращения рецидивов заключается в назначении нормотимического средства и подбора адекватной дозы, учитывая соматоневрологический статус пациента и возможных побочных эффектов препаратов и противопоказаний к их назначению.
2. Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. Зунга, шкала Гамильтона для оценки депрессии, Колумбийская шкала суицидального риска, ММРІ.

С4 УК-6.1.1. Пациентка – воспитатель в детском саду, 30 лет. После вторых родов (23 года) стали отмечаться колебания настроения длительностью до 1-2 недель. За 2 недели до госпитализации в плохом самочувствии и с пониженным настроением ушла в отпуск, но состояние не улучшилось. На работе сотрудники, после ее выхода, сразу обратили внимание на необычное поведение больной: без видимых причин начинала плакать, тут же переходила к смеху. Жаловалась, что не спит ночами. В таком состоянии была доставлена для госпитализации в психиатрическую больницу. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. В преморбиде – тихая, спокойная, круг интересов ограничивался домашним хозяйством. Живет с мужем и двумя сыновьями. Неотложное состояние. Отказ от еды в связи с психическими расстройствами.

Вопросы:

1. Ваши действия в ситуации неотложной помощи.
2. В соответствии с каким законом переводят пациента в недобровольном порядке в психиатрический стационар для продолжения лечения?

Эталоны ответов:

1. При тяжелом истощении (особенно при развитии осложнений) – госпитализация в реанимационное отделение или ПСО, обследование и налаживание парентерального питания: - провести биохимический и клинический анализ крови (уровень глюкозы и электролитов, гематокрит, общий белок) – важно для адекватного лечения так как гипогликемия может сочетаться с гипергидратацией («голодные» отёки) или дегидратацией (приём мочегонных и слабительных с целью «похудания»). За пациентом следует обеспечить постоянное наблюдение в связи с высоким риском самовольного прекращения введения лекарственных средств.
2. В соответствии с Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», ст. №29, пункты «а» и «в»). Выписка «на руки» родственникам без консультации психиатра недопустима.

С5 УК-6.2.1. Пациентка – воспитатель в детском саду, 30 лет. После вторых родов (23 года) стали отмечаться колебания настроения длительностью до 1-2 недель, обвиняла родственников мужа в плохом к себе отношении, ссорилась с напарницей по работе в детском саду, заявляя, что она делает все ей назло. За 2 недели до настоящей госпитализации в плохом самочувствии и с пониженным настроением ушла в отпуск, но состояние не улучшилось. Жаловалась, что не спит ночами. В день госпитализации на работе была взбудораженной, без видимых причин начинала плакать, тут же переходила к смеху. Среди сотрудниц узнавала родственников и знакомых «из детства». В это время взгляд был мутный и отрешенный, вдруг начинала рыдать. В таком состоянии была доставлена для госпитализации в психиатрическую больницу. Состояние при осмотре. Возбуждена, в окружающих узнает родственников и знакомых. Фон настроения неустойчивый: то плачет, то смеется. Понимает, что находится в больнице, но больных считает специально собранными людьми, которых она должна узнавать. По ее словам, окружающие своими разговорами, мимикой и жестами изображают различные события из ее прошлой жизни, намекая на ее ошибки, тем самым воспитывая ее. Во время беседы удалось выяснить, что за две недели перед госпитализацией стали возникать наплывы мыслей. К своему состоянию критика формальная («от переутомления случилась депрессия»).

Вопросы:

1. Определите лечебно-реабилитационную тактику.
2. Какие методы психологического обследования вы могли бы предложить для подтверждения и/или исключения диагноза.

Эталоны ответов:

1. Госпитализация. Рекомендуется психофармакологическое лечение с целью купирования симптомов шизофрении. Препаратами первого выбора могут быть антипсихотические препараты первого поколения (например, галоперидол) и антипсихотические препараты второго поколения (например, кветиапин). Также необходимы психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация, психообразование и психотерапия (например, КПТ).

3. ММРІ, метод пиктограмма, классификация предметов, сравнение понятий, шкала оценки позитивных и негативных симптомов (PANSS), шкалы Калгари для оценки депрессии при шизофрении.

С6 УК-6.3.3. Больная И. 56 лет, преподаватель французского языка. Предъявляет жалобы на страх заболеть онкологическим заболеванием, периодически возникающие тревожные опасения по поводу своего здоровья. Постоянно обследуется у врачей разных специальностей. Наследственность нервно-психическими заболеваниями не отягощена. Помнит себя с 3-х летнего возраста, когда, робкая, застенчивая, «не любила, боялась находиться в яслях», хотелось играть дома. Считала себя очень застенчивой, особенно стеснялась, когда появились вторичные половые признаки (11 лет). В 17 лет, после смерти отца впервые почувствовала головные боли, сопровождающиеся тревожными опасениями за свое здоровье (опасалась заболеть лейкозом, узнав от кого-то об этой болезни). Обратилась с этими тревогами к неврологу, который поставил ей диагноз: «Вегето-сосудистая дистония». Вышла замуж в 21 г. Во время беременности (22 года) испытывала страхи о том, что ее ребенок будет «ненормальным» по причине ее «ненормальности». В 27 лет, в конце второй беременности, тревожась, что ей уже много лет, отмечала у себя страхи, доходящие до ужаса, с головной болью, за свое здоровье и здоровье ребенка. После окончания института ее пригласили работать на должность синхронного переводчика в серьезное учреждение. Пройдя все собеседования успешно, отказалась проходить медицинское обследование (из-за страха, что при обследовании выявят какое-либо серьезное соматическое заболевание). Таким образом, отказалась от высокооплачиваемой должности, устроилась в школу учителем. Проработав учителем 3 года, уволилась из-за «трудных» для нее отношений в коллективе. Трудности выражались во внутреннем беспокойстве при общении с коллегами.

Психодиагностика. Методика самооценки уровня тревожности Ч.Д. Спилбергера-Ю.Л. Ханина (РТ=55 баллов, ЛТ=45 баллов). По опроснику К. Леонгарда – Г. Шмишека выведен профиль личностной акцентуации: демонстративный – 8, застревающий – 19, педантичный – 15, возбудимый – 8, гипертимический – 10, дистимический – 7, тревожный – 21, циклотимный – 9, экзальтированный – 8, эмотивный – 11.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проанализируйте полученные результаты психодиагностического обследования.
3. Какие методы психологического обследования вы могли бы предложить для подтверждения и/или исключения диагноза.

Эталоны ответов:

1. Тревожное расстройство личности.
2. Выявлена высокая личностная и реактивная тревожность. Определяются следующие типы акцентуаций: тревожный и застревающий, также наблюдается тенденция к педантичному типу акцентуации.
3. ММРІ, цветовой тест Люшера, шкала тревоги Бека, личностная шкала проявлений тревоги Дж. Тейлора.

С7 ОПК-1.1.1. Больной В. 58 лет, пенсионер. Поступает на стац.лечение впервые в данном году, повторно в жизни. На прием пришел в сопровождении жены, обеспокоенной ухудшением его состояния, стал забывчивым, высказывает идеи собственной значимости. Наследственность нервно-психическими заболеваниями неотягощена. Работал на шахте, травм не было. Вышел на пенсию по возрасту. Последние 5 лет состоит на учете у терапевта по поводу гипертонической болезни 2ст, 1,5 года назад перенес геморрагический инсульт. Впервые состояние изменилось через несколько месяцев после перенесенного инсульта, когда внезапно стал деятельным, занял у знакомых крупную сумму денег, решил заниматься пчеловодством. Ездил на территорию РФ, на границе говорил «скоро мы часто с вами видеться будем, я стану перевозчиком, начну деньги зарабатывать». Предлагал подвозить пассажиров, ехал неаккуратно, проезжал на красный свет светофора, превышал скорость, говорил «я круче чем Шумахер».

Состояние при осмотре. Контакт доступен. Ориентирован в месте, времени и собственной личности правильно. Неопрятен. Наблюдается психомоторное возбуждение. Фон настроения повышен, раздражителен. На вопросы отвечает, но перескакивает с темы на тему. Сообщает, что скоро станет главой Республики. Мышление в ускоренном темпе. Память на текущие и отдаленные события нарушена. Повышена отвлекаемость. Критика к своему состоянию отсутствует.

Неотложное состояние. В отделении у больного развилось психомоторное возбуждение.

Вопросы:

1. Ваши действия в ситуации неотложной немедикаментозной помощи.
2. Ваши действия в ситуации неотложной медикаментозной помощи.

Эталоны ответов:

1. Физическое удержание больного – проводится силами медицинского персонала максимально бережно с учетом морально-этических норм, для чего привлекается необходимое количество медицинских работников, категорически недопустимо связывание больного и применение любых травмирующих методов фиксации, допустимо осторожное удержание за конечности, прижатие за плечи к кровати или полу, мягкая фиксация туловища и конечностей с помощью простыни или одеяла. Врач обязан находиться с больным все время удержания и контролировать отсутствие осложнений (сдавление сосудов и нервов, вывихи, затруднение дыхания из-за нарушения экскурсии грудной клетки др.);

2. Перед применением транквилизаторов врач обязан исключить состояния, при которых транквилизаторы противопоказаны. Внутривенное введение транквилизаторов не разрешается из-за риска нанесения травмы возбужденному больному и высокого риска остановки дыхания. Высокие дозы препаратов нередко приводят к развитию глубокого выключения сознания. В связи с этим предпочтительно введение небольших доз транквилизаторов, которое, при необходимости, всегда можно повторить.

С8 ОПК-1.2.1 Больная Т. 32 лет, учитель русского языка. Поступает на стац.лечение повторно с жалобами на плохое настроение, «душа болит», отсутствие ощущений, потерю способности испытывать эмоции, что очень тяготит, нарушение сна. Наследственность нервно-психическими заболеваниями неотягощена. Впервые состояние изменилось около года назад, внезапно появилось повышенное настроение, стала активной, деятельной, перестала спать ночью, совершала нелепые поступки. Мать, обеспокоенная её состоянием, привела на консультацию в центр аффективной патологии, где был выставлен диагноз: Мания без психотических симптомов и предложено стационарное лечение.

Неотложное состояние. Суицидальное поведение, суицидальная попытка.

Вопросы:

1. Каким категориям больных проводятся urgentные терапевтические мероприятия?
2. Ваши действия в ситуации неотложной помощи.

Эталоны ответов:

1. Urgentные терапевтические мероприятия проводятся 3 категориям больных: - после совершенной суицидальной попытки, - депрессивные больные с суицидальным поведением, - пациенты с маниакальным, смешанным состоянием или ремиссией БАР и высоким риском суицида;
2. Больные после совершенной суицидальной попытки требуют тщательного обследования, мониторинга жизненно важных функций и скрининга лекарственных препаратов в моче. Незавершенная суицидальная попытка может привести больного в соматический стационар (хирургия, травматология, токсикология) – в этом случае в стационаре высока вероятность повторной попытки! Если соматическое состояние суицидента не представляет опасности, он подлежит госпитализации в психиатрическую больницу.

С9 ОПК-1.3.2 Пациентка – дизайнер, 25 лет. Состояние изменилось за 7 месяцев до госпитализации, когда поняла, что «жила неправильно», ее «использовал прошлый партнер». Отмечает, что в тот период были «голоса, которые подсказывали, как найти себя». Бездумно тратила деньги, снизилась потребность во сне, стала меньше кушать, появилось ощущение «что все может» и «все успеет». В дальнейшем осознала, что друзья и родственники приготовили для нее «розыгрыш, подставу», решив подыграть которой больная оказалась в отделении полиции в связи с нарушением комендантского часа, откуда, по настоянию родственников, и была госпитализирована в психиатрическую больницу.

Состояние при осмотре. Контакт доступен, ориентирована правильно. В беседе с врачом дистанцию не соблюдает, пытается командовать окружающими. Активна, многоречива, жестикулирует. Не отрицает факт наличия людей, которые могут видеть или слышать то, что другим недоступно. Мышление непоследовательное, паралогичное. Высказывает нестойкие несистематизированные бредовые идеи. В беседе отмечаются соскальзывания, в суждениях символична. Эмоционально амбивалентна по отношению к отцу и матери. Настроение приподнятое, без суточных колебаний. Критика к своему состоянию формальная.

Психодиагностика. Методика «исключение предметов»: больная предлагает сразу несколько вариантов решения, не может выбрать из них наиболее правильный. Например, предлагается карточка с изображением пилы, топора, коловорота и шурупа. Исключению в данном случае подлежит шуруп, т.к. все остальные предметы – орудия труда. Больная исключает пилу, т.к. «остальные предметы, которыми может пользоваться только один человек, а пилой обязательно два», или «потому что пила – это режущий инструмент, а остальные предметы входят в поверхность». Предлагает также исключить топор, т.к. «остальные предметы, которыми совершают длительные, постепенные, непрерывные операции, а топором можно совершить только одноразовое действие».

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проанализируйте полученные результаты психодиагностического обследования.
3. Какие методы психологического обследования вы могли бы предложить для подтверждения и/или исключения диагноза.

Эталоны ответов:

1. Шизоаффективное расстройство, маниакальный тип.

2. Наблюдаются особенности мышления в виде нарушения уровня обобщения: разноплановость и искажение уровня обобщения (опора на латентный признак при исключении). Искажение процесса обобщения считается одним из характерных признаков шизофренического мышления. Разноплановость свидетельствует о полном разладе в системе обобщений пациента, он как бы мыслит одновременно на разных уровнях.

3. ММРІ, метод пиктограмма, классификация предметов, сравнение понятий, шкала оценки позитивных и негативных симптомов (PANSS), оценочная шкала маний Янга, шкалы Калгари для оценки депрессии при шизофрении.

С10 ОПК-11.1.2. Пациент – безработный, 50 лет. Связывает начало своей болезни с депрессивным состоянием 15 лет назад из-за сложной семейной ситуации. Неоднократно госпитализировался в ПБ в связи с эпизодами маниакального состояния. Перед последней госпитализацией снизилась потребность во сне (со слов пациента, не спал неделю), по ночам ходил в районе своего дома и «помогал пьяницам дойти до дома, готов был всем помочь». Рос и воспитывался в полной семье. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена.

Состояние при осмотре. Сознание ясное, продуктивному контакту доступен, ориентирован всесторонне правильно. Несколько демонстративен. В беседе с врачом не всегда соблюдает дистанцию, доброжелателен. Мимика живая, улыбчив. Настроение повышено, без суточных колебаний. Подвижен, во время беседы активно жестикулирует. Ответы на вопросы – в контексте заданного. Уровень интеллекта соответствует возрасту и полученному образованию. Темп речи ускорен, в беседе отвлекаем. Правильно указывает переносный смысл поговорок. Бредовых идей не обнаруживает. Обманы восприятия отрицает. Грубых мнестических нарушений не отмечает. В отделении: ночной сон – с пробуждениями, во время которых стремится к активной деятельности, днем чрезмерно активен, общителен, помогает медицинскому персоналу, иногда – назойлив с предложением своей помощи, поведение поддается коррекции. Активно планы на будущее не строит. Критика к своему текущему состоянию неполная.

Вопросы:

1. Отметьте все психопатологические симптомы у данного больного.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Какие методы психологического обследования вы могли бы предложить для подтверждения и/или исключения.

Эталоны ответов:

1. Сниженная потребность во сне, гипертимия, гипербулия, тахифрения, неустойчивость (отвлекаемость) внимания.
2. Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании без психотических симптомов.
3. HCL-32. Жизненный тонус, активность и настроение, шкала мании Янга, ММРІ.

С11 ОПК-11.2.3. Больной Г. 19 лет, не работает. Прибыл самостоятельно в сопровождении матери впервые в жизни в связи с ухудшением психического состояния. Предъявляет жалобы на периодические вспышки агрессии, эмоциональную неустойчивость. Трудовыми навыками не владеет. В школьных характеристиках указывалось, что «часто ругается с одноклассниками, субординации со взрослыми не придерживается, мешает на уроках, на замечания реагирует болезненно, обижается, нарушает дисциплину, может провоцировать конфликтные ситуации».

Состояние при осмотре. Доступен контакту. Ориентирован в месте, времени, собственной личности верно. Раздражителен. Неусидчив. Говорит, что может вспылить по любому, даже незначительному поводу, периодически «возникает желание убивать».

Эмоционально неустойчив. Инфантилен. Внимание привлекается легко, но быстро отвлекается от темы разговора. Общий уровень знаний и представлений снижен. Суждения поверхностные, незрелые. Снижен уровень обобщения. Конкретно передает переносный смысл пословиц, поговорок. Испытывает трудности при выполнении задания на исключение лишнего предмета. Мышление конкретное. Обманы восприятия не обнаружены. IQ-67. Критика к состоянию формальная.

Вопросы:

1. Отметьте все психопатологические симптомы у данного больного.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Какие методы психологического обследования вы могли бы предложить для подтверждения и/или исключения диагноза.

Эталоны ответов:

1. Эмоциональная неустойчивость, дисфория, раздражительность, снижение интеллекта, рассеянность внимания, уменьшение объема внимания, конкретность мышления, темп мыслительных процессов замедлен, гипомнезия, нарушения воли.
2. Легкая умственная отсталость со значительными нарушениями поведения, требующими ухода и лечения.
3. Методика исследования интеллекта Векслера, таблицы Шульте, счет по Крепелину, корректурная проба Бурдона, запоминание 10 слов.

C12 ОПК-11.3.1 Больной В. 20 лет, студент техникума. Поступает на стац.лечение повторно в данном году по настоянию матери в связи с ухудшением состояния и «вдыханием газа». Впервые дышал газом из освежителей воздуха в 11 классе. Вскоре перешел на газ для зажигалок. В прошлом году приобрел канистру бензина, поставил её у себя в комнате, вдыхает пары бензина. За это время увеличилась частота и кратность употребления. Стал раздражительным, деньги, выданные на карманные расходы, спускает на газ и бензин. Под действием паров бензина «видит цветные мультики, как по телевизору и слышит голоса в голове, которые говорят что-то нейтральное». Перестал посещать техникум. Конфликтует с матерью, дважды поднимал на неё руку. Предыдущая госпитализация 3 месяца назад, выписан с улучшением. Дома поддерживающее лечение не принимал, вскоре снова начал вдыхать газ, «от бензина стала кружиться голова, запах неприятен».

Состояние при осмотре. Не сразу удается привлечь внимание больного. Присутствует «химический» запах. Бледность кожных покровов. Речь смазанная. Дезориентирован в месте и времени, сохранена ориентировка в собственной личности (правильно сообщает сведения о себе, неуверенно говорит, что здесь больница, но какая сказать не может, не знает дату). Тревожен. На лице выражение страха. Озирается по сторонам. Слышит, как его окликают. Заявил, что в комнату напустили крыс. Воскликает: «Вот она с длинным хвостом». Нарастает психомоторное возбуждение. «Давит клопов», которых видит на стене. После прекращения действия психоактивных веществ критика к пережитому быстро восстановилась, сознание полностью прояснилось.

Вопросы:

1. Отметьте все психопатологические симптомы у данного больного.
2. Определите ведущий психопатологический синдром.
3. Поставьте предварительный диагноз.

Эталоны ответов:

1. Аллопсихическая дезориентировка, психомоторное возбуждение, тревога, страх, истинные зрительные и слуховые галлюцинации

2. Делириозный.

3. Острая интоксикация, вызванная употреблением летучих растворителей, с делирием.

С13 ПК-1.1.2. Пациент Д. 35 лет. Безработный. Неоднократно наблюдался в наркологическом диспансере по поводу алкогольной зависимости. Запой случаются регулярно, примерно каждые 1-2 месяца, продолжительность 1-2 недели. Последнее употребление алкоголя двое суток назад. Состояние изменилось вечером во время сумерек. Д. внезапно ощутил необоснованное чувство тревоги «мир будто изменился». Увидел за окном тела повешенных людей, которые шептали ему «иди к нам», затем «потолок начал падать на голову». Больной выбежал на улицу, которая «выглядела особенно мрачной и пугающей». Заметил, что вдоль дороги лежат тела умерших, которые встают и идут в его сторону. Бригадой скорой медицинской помощи, в состоянии полной аллопсихической дезориентировки, был доставлен в психиатрический стационар. Д. утверждает, что с ним в машине ехали «живые мертвецы», которые везли его в морг. Неотложное состояние. Судорожный приступ на фоне алкогольной интоксикации.

Вопросы:

1. Определите лечебно-реабилитационную тактику.
2. Ваши действия в ситуации неотложной помощи.
3. Какие методы психологического обследования вы могли бы предложить для подтверждения и/или исключения диагноза.

Эталоны ответов:

1. Бензодиазепины (диазепам, феназепам), нейролептики (галоперидол, дроперидол), витамин В1, инфузионно - трансфузионная терапия (натрия хлорид, магния сульфат), когнитивно-поведенческая психотерапия
2. Следует положить человека горизонтально и подложить под голову мягкое (куртку, сумку), расстегнуть воротник больного, осторожно повернуть пациента на бок, чтобы слюна могла вытекать изо рта. Не нужно сдерживать движения человека, но нельзя дать ему травмироваться. Медикаментозное лечение: противосудорожные (карбамазепин), витамин В1, инфузионно - трансфузионная терапия
3. Методику К. Леонгарда-С. Шмишека, методику пиктограмм, методика «Исключение лишнего», шкалу Зунга, опросник «Тип отношения к болезни»

С14 ПК-1.2.2. Пациентка – не работает, 22 лет. Проблема. Была доставлена на прием, в связи с тем, что на протяжении последних трех дней не может произнести ни слова во весь голос, стоять и ходить без посторонней помощи. Отмечает также отсутствие чувствительности кожи голеней и стоп, онемение губ и языка. Описанная симптоматика появилась непосредственно после ссоры с мужем и свекровью.

Анамнез. Наследственность психическими заболеваниями неотягощена. Вторая дочь в семье, «любимый ребенок», которому позволялось буквально все. В младших классах училась хорошо, активно участвовала в работе драматического кружка, танцевального ансамбля. В дальнейшем интерес к учебе снизился, после 8 классов поступила в профессиональное училище; в дальнейшем по специальности не работала.

Состояние при осмотре. Доступна контакт. Театральность мимики и жестикуляции. Стремится вызвать сочувствие всячески демонстрируя свою беспомощность. При рассказе о семейных конфликтах на глазах появляются слезы, начинается размашистый тремор рук, дрожание головы, усиливается афония. Бреда и нарушений восприятия выявить не удается. Соматоневрологически без патологии.

Неотложное состояние: У больной передозировка гдазепамом.

Вопросы:

1. Отметьте все психопатологические симптомы у данного больного.
2. Определите ведущий психопатологический синдром.
3. Ваши действия в ситуации неотложной помощи.

Эталоны ответов:

1. Афония, истерическая анестезия (по типу «чулок»), гипестезия, гиперкинезы (головы, рук), нарушение походки (астазия-абазия), театральность (демонстративность) поведения, слезливость.
2. Истерический (диссоциативный, конверсионный) синдром.
3. Детоксикационная помощь: стимулировать рвоту, промывание желудка, постановка очистительной клизмы (если после приема прошло не более часа), адсорбенты – 1г. на кг. массы тела. Инфузионная терапия, для восстановления водно-электролитного обмена (натрия хлорид, натрия гидрокарбонат, р-р глюкозы). Введение антидота: Флумазенил 0.5-2 мг в/в.

С15 ПК-1.3.1. Пациент – менеджер, 38 лет. Проблема. Систематически употребляет наркотики с 16 лет. Абстинентный синдром сформирован, отмечается 17 лет, проявляется соматовегетативными расстройствами, раздражительностью. Толерантность 0,5 гр. метадона 2 раза в 7 суток. Последнее употребление наркотика – за 30 часов до поступления. Психозы, судорожные припадки отрицает. В поле зрения психиатра-нарколога попадает впервые. Обратился на прием самостоятельно. При поступлении жалуется на влечение к наркотику, плохой сон, общее недомогание, тревожность, боли в мышцах, суставах.

Неотложное состояние: Внезапное возбуждение, перешедшее в оглушение. Контакт недоступен. Лежит неподвижно, на внешние и болевые раздражители не реагирует. Кожные покровы бледные, цианотичные. Кожа влажная. Температура 35 С, артериальное давление - 90/50 мм.рт.ст., дыхание поверхностное, редкое (8-10 в мин.). Реакция зрачков на свет, сухожильные и кожные рефлексы отсутствуют. Отмечаются тонические судороги жевательных и затылочных мышц.

Вопросы:

1. Ваши действия в ситуации неотложной помощи.
2. Какие методы психологического обследования вы могли бы предложить для подтверждения и/или исключения диагноза.

Эталоны ответов:

1. Введение антидота:
 - 3-5 мл. 0,5% раствора налоксона в/в, повторно – по показаниям.Симптоматически:
 - В случае парентерального введения опиатов промывание желудка, активированный уголь - внутрь, солевое слабительное;
 - Ощелачивание крови — 400 мл 0,06% раствора гипохлорита натрия в/в через катетер;
 - Введение подкожно и внутривенно 1-2 мл. 0,1% раствора атропина;
 - Согревание тела, введение 3 мл 5% раствора витамина В1, внутривенно;
 - Ингаляция кислорода;
 - ИВЛ (при необходимости).
2. Методика определения акцентуаций личности Леонгарда-Шмишека, методика диагностики самооценки Спилбергера-Ханина

С16 ПК-2.1.5. Пациентка – уборщица, 43 года. Проблема. Со слов пациентки, за несколько дней до поступления начал снижаться общий фон настроения, на фоне конфликта с женой сотрудника. Вечером внезапно стало «плохо», «захотела уйти в мир

иной». Показательно выпила большую дозу «Корвалола» на работе, сотрудниками была оказана первая помощь, бригадой СМП была госпитализирована в психиатрическую больницу.

Анамнез. Воспитывалась в неполной семье (отец умер, когда пациентке было 3 года). С малых лет страдала сомнамбулизмом, разговаривала во сне. Проявляла повышенный интерес к теме самоубийства путем повешения, чем манипулировала матерью. С подросткового возраста любила быть объектом внимания, начала вести асоциальный образ жизни. Оказывает повышенное внимание теме сексуальных отношений. МРТ и ЭЭГ исследования – без патологии.

Состояние при осмотре. Сознание ясное, ориентировка не нарушена. Осанка ровная. Одежда, маникюр, прическа аккуратные, но вызывающе яркие. Отличается манерностью, демонстративностью. Речь эмоциональная, громкая. В беседе демонстрирует прямоту, открытость, решительность, однако дает заведомо ложные сведения о некоторых аспектах своей жизни, чтобы предстать во время осмотра в более благополучном свете. Быстрая переключаемость эмоций, реактивность, возбудимость эмоций, эмоциональная экспрессия, реакции адекватные. Мышление последовательное. Критика формальная.

Психодиагностика. Счет по Крепелину – психомоторный темп - 17, ошибки сложения отсутствуют, график устойчивости внимания имеет резкие колебания.

Методика запоминания 10 слов: после первого предъявления - 2 слова; кривая запоминания носит следующий характер: 2,8,5,8,8, через час - 7.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проанализируйте полученные результаты психодиагностического обследования.
3. Какие методы психологического обследования вы могли бы предложить для подтверждения и/или исключения диагноза.

Эталоны ответов:

1. Истерическое расстройство личности.
2. Счет по Крепелину: неравномерная продуктивность работы свидетельствует об неустойчивости внимания и снижении работоспособности, а также говорит об эгоцентричности испытуемого, выраженной эмоциональной лабильности.
Методика запоминания 10 слов: колебания результатов – неустойчивость внимания.
3. Методика диагностики самооценки Спилбергера и Ханина, методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний Зунге, личностный опросник СМЛ (ММРЛ).

С17 ПК-2.1.6. Пациент – школьник, 14 лет. Проблема. Со слов родителей, состояние пациента изменилось 6 месяцев назад, когда стал более замкнутым, грубым, снизилась успеваемость. Говорил родным, что не спит ночами, мешают какие-то звуки. В день госпитализации дома был «взбудораженным», искал что-то в шкафах, пытался вылезти в окно, бросался с кулаками на родителей. В таком состоянии был доставлен для госпитализации в психиатрическую больницу.

Анамнез. Воспитывается в полной семье, единственный ребенок. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Посещает 9 класс общеобразовательной школы. Учится на «хорошо», увлекается физикой и химией. Замкнутый, друзей мало, общается с ними только в школе. Из увлечений – чтение научной литературы, компьютерные игры.

Состояние при осмотре. Контакт доступен, ориентирован правильно. Указывает причину госпитализации – «дома кричал и запирался в комнате». В беседе не раскрывается, ведет себя подозрительно. Словарный запас, интеллектуальный уровень соответствуют возрасту и полученному образованию. Настроение ровное. Эмоционально монотонен, отстранен.

Правильно указывает переносный смысл поговорок. Мышление со склонностью к резонерству. Указывает, что в прошлом были периоды, полного отсутствия мыслей в голове («как будто бы кто-то отнял»). Высказывает идеи об особенностях своего предназначения («Боги послали меня на Землю для великих свершений»). Отмечает, что незадолго до госпитализации появилось ощущение, что мир вокруг представляет из себя компьютерную игру, целью которой является выживание, что раньше видел рядом с собой «зомби», которые говорили ему «себя резать», однако, к их указаниям, со слов пациента, он не прислушивался. Подобные переживания вызывали страх и именно они были причиной неадекватного поведения дома. Критика отсутствует.

Вопросы:

1. Отметьте все психопатологические симптомы у данного больного.
2. Определите ведущий психопатологический синдром.
3. Поставьте предварительный диагноз.

Эталоны ответов:

1. Агрессивность, импульсивность, эмоциональное уплощение, бредифрения, шперрунг, склонность к резонерству, бредовые идеи величия, дереализация, истинные императивные слуховые и зрительные галлюцинации.
2. Параноидный синдром.
3. Параноидная шизофрения с ранним началом.

С18 ПК-2.1.7. Пациент – студент, 21 год. Поступил в сопровождении родственников. Проблема. Со слов отца, состояние изменилось две недели назад, когда стал неадекватным, появилась бессонница, стал разговаривать с самим собой, неожиданно ударил отца. Настоящее поступление связано с тем, что накануне закрылся в квартире, забил дверь гвоздями и никого не впускал.

Анамнез. Рос и развивался без особенностей, наследственность психическими заболеваниями не отягощена, в школу пошел с 7 лет, учился удовлетворительно, окончил 10 классов, служил танкистом. В настоящее время учится в торговом институте. Проживает с родителями, материально-бытовые условия удовлетворительные, отношения с родителями до настоящего времени складывались удовлетворительные.

Состояние при осмотре. Контакт доступен. Ориентировка в месте, времени и собственной личности сохранена. Мышление в ускоренном темпе, при беседе перескакивает с одной темы на другую. Рассказал, что закрылся в квартире, потому что так приказали «голоса», которые он слышал из-за стены. Отмечает, что «голоса», обсуждали его, комментировали его поведение. Считает, что родители не его, от них сохранилась только «оболочка». При беседе иногда замолкает, к чему-то прислушивается. Подтвердил предположение, что слышит посторонние «вицеголоса». Эмоционально уплощен. Память не нарушена, интеллект соответствует полученному образованию.

Вопросы:

1. Отметьте все психопатологические симптомы у данного больного.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Какие методы психологического обследования вы могли бы предложить для подтверждения и/или исключения диагноза.

Эталоны ответов:

1. Бессонница, импульсивность, тахифрения, повышенная отвлекаемость внимания, истинные слуховые (императивные, обсуждающие, комментирующие) галлюцинации, симптом отрицательного двойника, неологизмы, эмоциональное уплощение.
2. Острое шизофреноподобное психотическое расстройство.

3. «Пиктограммы», «Классификация предметов», «Попарные сравнения», «Исключение понятий».

С19 ПК-2.2.1. Пациент – технолог, 31 года. Поступает по инициативе родителей.

Проблема. Со слов матери известно, что около 6 месяцев назад поведение сына изменилось, когда после поездки в коммерческое турне сообщил, что за ним в поезде следили какие-то люди. Потом периодически ощущал эту слежку и у себя в городе. Родителям сообщил об этом только несколько дней назад. Однако они стали замечать, что в последнее время сын стал беспокойнее, менее откровенным с ними.

Анамнез. Ранее развитие без особенностей. Проживает с родителями, в доброжелательных отношениях. Характеризуется добрым, отзывчивым человеком, готовым всегда помочь.

Состояние при осмотре. Контакт доступен. Ориентировка в месте, времени, собственной личности сохранена. Мышление в обычном темпе, последовательное. Расстройства восприятия отрицает, поведением не обнаруживает. Рассказал, что когда возвращался из очередной поездки из Польши обнаружил, что за ним следят, хотя конкретно сказать, кто следит не может. В качестве одной из причин слежки назвал, занятия коммерцией и «вообще сейчас такой век, что за любым человеком могут установить слежку какие-нибудь спецслужбы». Отмечает, что эта слежка продолжается и сейчас. Пословицы, метафоры трактует правильно, исключение четвертого лишнего - без особенностей. Эмоционально-волевых нарушений не выявляет.

Вопросы:

1. Отметьте все психопатологические симптомы у данного больного.
2. Определите ведущий психопатологический синдром.
3. Поставьте предварительный диагноз.

Эталоны ответов:

1. Стойкие (около 6 месяцев) бредовые идеи преследования, в следствие которых у больного появилась замкнутость, настороженность, беспокойство.
2. Паранойяльный синдром.
3. Бредовое расстройства.

С20 ПК-2.3.3. Пациентка – домохозяйка, 47 лет. Проблема. На прием доставлена мужем в связи с жалобами на сниженное настроение, общую слабость, отсутствие интереса к окружающему, плохой сон с ранними пробуждениями, отсутствие аппетита, похудание (в течении последнего месяца похудела примерно на 10 килограммов), отсутствие полового влечения. По словам больной, хуже себя чувствует преимущественно в утренние часы. Состояние ухудшилось около 1,5 месяца назад, когда спонтанно снизилось настроение, появилось безразличие ко всему, дома большую часть времени проводила в постели, забросила домашнее хозяйство. За год до настоящего ухудшения пациентка уже обращалась к психиатрам с аналогичными жалобами, в течении двух месяцев стационарно лечилась в психиатрическом стационаре. После проведенного лечения чувствовала себя удовлетворительно, фон настроения был ровный.

Состояние при осмотре. Пациентка неподвижно сидит на стуле устремив взгляд в стену. На вопросы отвечает односложно. Лицо гипомимично, выражение лица печальное. Наблюдается симптом Верагута (верхнее веко изломано под углом в области внутренней трети). Заявляет, «что она виновна перед мужем, потому что не может сейчас воспитывать детей, заниматься домашним хозяйством». Считает, что «толку от нее уже не будет». На предложение о лечении в стационаре поначалу внятного ответа не дает, говорит «что в таком состоянии не может принять решения». Не отрицает периодически возникающие суицидальные мысли. В соматоневрологическом статусе патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Проведите дифференциальную диагностику с другими вероятными расстройствами.
3. Определите лечебно-реабилитационную тактику.

Эталоны ответов:

1. Рекуррентное депрессивное расстройство, тяжелый текущий эпизод без психотических симптомов.
2. Диф.диагностика проводится с шизоаффективным расстройством, исключением органической патологии и употреблении ПАВ, путем определения монополярного или биполярного течения депрессии (отсутствие в анамнезе маниакальных эпизодов) и определения тяжести в зависимости от количества симптомов (в данном случае 3 основных и дополнительных до суммарного количества не менее восьми).
3. Длительность курса лечения не менее 2-3 мес.
 - трициклические антидепрессанты: amitриптилин – 250-350 мг в сут. (в течении 2 нед.);
 - снижение ТЦА до 75 мг и присоединение СИОЗС (флуоксетин 20-80 мг сут. 2-4 нед.);
 - атипичный антипсихотик: кветиапин 25-600 мг для купирования стойких идей вины или пессимистических размышлений;
 - психотерапевтическая работа с пациентом (когнитивно-поведенческая).

С21 ПК-2.3.8. Пациент: бухгалтер, 39 лет. Проблема: Пациентка доставлена мужем из-за жалоб на тревожность, напряжение, отсутствие удовольствия от любимых занятий, хроническую усталость. На работе она стала допускать ошибки, потеряла интерес к общению с коллегами, дома раздражается по мелочам. Последние 3 недели отмечает плохой сон с частыми пробуждениями и чувство «опустошенности». Похудела на 5 кг. По словам мужа, пациентка часто говорит, что ей стало «трудно жить» и «ничего не радует». Около 6 месяцев назад также испытывала подобное состояние, но оно прошло через несколько недель.

Состояние при осмотре: Пациентка выглядит усталой, с неухоженной внешностью. Мимика бедная, речь замедленная. Сообщает, что «испытывает чувство беспомощности», «перестала справляться». Описывает эпизодические суицидальные мысли, но намерений не имеет.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику с другими вероятными расстройствами.
3. Определите лечебно-реабилитационную тактику.

Эталон ответа:

1. Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод умеренной тяжести, без соматических симптомов.
2. С генерализованным тревожным расстройством (ГТР), шизоаффективным расстройством, исключением органической патологии. Важно обратить внимание на длительность симптомов, отсутствие выраженной тревожности в анамнезе.
3. Антидепрессанты группы СИОЗС (сертралин 50-100 мг/сут), когнитивно-поведенческая терапия, психообразование пациента и семьи. Курсовое лечение минимум 2-3 месяца.

С22 ПК-2.3.9. Пациент — водитель, 40 лет. Поступает по направлению участкового врача. Проблема. Со слов пациента, около двух месяцев назад заметил, что коллеги на работе стали над ним «подшучивать». Со временем стал уверен, что они специально оставляют на его рабочем месте «подозрительные записки» и нарочно делают ошибки, чтобы

обвинить его. Стал беспокойным, напряженным, избегает общения. Накануне госпитализации заявил супруге, что коллеги хотят его уволить и подставить.

Анамнез. Рос в полной семье, развивался без особенностей. Женат, имеет двоих детей. Работает водителем на складе крупной компании. Жалоб на состояние здоровья в прошлом не предъявлял.

Состояние при осмотре. Контакт с пациентом затруднен, насторожен. Постоянно оглядывается, говорит, что опасается за свою работу. Убежден, что коллеги тайно обсуждают его поведение и намерены причинить ему вред. Настроение тревожное, эмоционально напряжен. Мышление замедленное, с элементами подозрительности. Ориентировка в месте и времени сохранена, грубых нарушений интеллекта и памяти не выявлено.

Психодиагностика. Результаты по шкале Спилбергера-Ханина – 55 баллов, результаты по методике самооценки депрессии Бека – 35 баллов.

Вопросы:

1. Отметьте все психопатологические симптомы у данного больного.
2. Определите ведущий психопатологический синдром.
3. Поставьте предварительный диагноз.

Эталон ответа:

1. Бредовые идеи преследования паранойяльного уровня, в следствие чего развились подозрительность, настороженность, тревожность, эмоциональная напряженность.
2. Паранойяльный синдром.
3. Острое бредовое психотическое расстройство.

С23 ПК-3.1.1. Пациентка — 27 лет, не работает. Проблема. На прием доставлена в связи с тем, что за последние два дня не может самостоятельно передвигаться, ощущает сильную слабость в руках и ногах, испытывает затруднения в речи. Пациентка утверждает, что речь стала «смазанной» и малопонятной. На фоне состояния также присутствует ощущение удушья, постоянная тревожность, которая усилилась после недавней ссоры с супругом и родителями.

Анамнез. В семье не было случаев психических заболеваний. Единственный ребенок в семье, воспитывалась с повышенным вниманием и заботой. Училась в гимназии, активно участвовала в школьной жизни, занималась танцами. После окончания школы поступила в колледж, но не окончила обучение. Не работает, замужем, детей нет. Отмечает частые конфликты с мужем и его семьей.

Состояние при осмотре. Контактна, но тревожна. Театральность в поведении и мимике. Активно демонстрирует беспомощность, на вопросы отвечает с трудом, сопровождая рассказ жалобами на головокружение и слабость. При упоминании ссор с супругом усиливаются подергивания рук и дрожь головы. Нарушений восприятия не выявлено. При осмотре выявлено снижение чувствительности на обеих ногах по типу «чулок», легкая гипестезия лица, а также размашистый тремор рук и головы. Нарушение координации движений.

Неотложное состояние. Передозировка гидазепамом.

Вопросы:

1. Отметьте все психопатологические симптомы у данного больного.
2. Определите ведущий психопатологический синдром.
3. Ваши действия в ситуации неотложной помощи.

Эталон ответа:

1. Истерическая анестезия (по типу «чулок»), гипестезия лица, гиперкинезы (головы, рук), нарушение координации движений, театральность поведения.
2. Истерический (диссоциативный, конверсионный) синдром.
3. Детоксикация: стимуляция рвоты, промывание желудка, очистительная клизма (если прошло не более часа с момента приема), адсорбенты – 1 г на кг массы тела. Инфузионная терапия: растворы натрия хлорида, натрия гидрокарбоната, глюкоза. Введение антидота: флумазенил 0.5–2 мг в/в.

C24 ПК-3.1.3 Пациент – водитель грузовика, 42 года. Проблема. Пациент систематически употребляет алкоголь с 18 лет. Абстинентный синдром сформировался 10 лет назад, проявляется тремором рук, потливостью, повышенной раздражительностью, плохим сном. Последний запой был за три дня до поступления. Жалуется на постоянное влечение к алкоголю, плохое самочувствие, тревожность и учащенное сердцебиение.

Анамнез. Наследственность отягощена алкоголизмом матери. Женат, двое детей. Хронические заболевания: цирроз печени.

Состояние при осмотре. Ориентировка в месте, времени и собственной личности сохранена. В контакт вступает охотно, на вопросы отвечает четко, хотя речь замедленная. Настроение снижено, тревожен. Сообщает о постоянном желании выпить. Зрачки расширены, сухожильные рефлексы повышены. Пульс 95 уд./мин, артериальное давление 140/90 мм рт. ст. Живот болезненный при пальпации в области печени, печень увеличена. Неотложное состояние. Внезапное ухудшение состояния: возбужден, не ориентируется в месте и времени, дезориентирован, галлюцинирует. Кожные покровы бледные, влажные. Температура 36,2°C, артериальное давление 100/60 мм рт. ст. Пульс 110 уд./мин., учащенное дыхание. Зрачки расширены, рефлексы снижены, наблюдаются судороги.

Вопросы:

1. Определите лечебно-реабилитационную тактику.
2. Ваши действия в ситуации неотложной помощи.
3. Какие методы психологического обследования вы могли бы предложить для подтверждения и/или исключения диагноза.

Эталон ответа:

1. Лечение абстинентного синдрома:

- Диазепам (седуксен) – для купирования тревожности и судорог (10-20 мг в/в 2-3 р/д);
- Пропранолол – для нормализации артериального давления (40 мг 2 р/д);
- Тиамин (витамин В1) – для предотвращения осложнений (200 мг в/в 1 р/д).

Патогенетическая терапия:

- Дисульфирам – ингибитор ацетальдегиддегидрогеназы для предотвращения рецидивов (500 мг 1 р/д).

Организация социальной поддержки, сеансы психотерапии.

2. Введение 5-10 мг диазепама в/в для купирования возбуждения, при необходимости повторить. Введение 100 мг тиамина в/в для предотвращения осложнений, инфузионная терапия (400 мл раствора глюкозы). При ухудшении – кислородотерапия, ИВЛ.

3. Методика диагностики алкогольной зависимости (AUDIT), шкала Гамильтона для оценки тревоги, опросник депрессии Бека.

C25 ПК-3.2.1. Пациент – менеджер, 38 лет. Проблема. Систематически употребляет наркотики с 16 лет. Абстинентный синдром сформирован, отмечается 17 лет, проявляется соматовегетативными расстройствами, раздражительностью. Толерантность 0,5 гр. метадона 2 раза в 7 суток. Последнее употребление наркотика – за 30 часов до поступления. Психозы, судорожные припадки отрицает. В поле зрения психиатра-

нарколога попадает впервые. Обратился на прием самостоятельно. При поступлении жалуется на влечение к наркотику, плохой сон, общее недомогание, тревожность, боли в мышцах, суставах.

Анамнез. Наследственность отягощена алкоголизмом отца. В школу пошел с 7 лет. Учился хорошо. По характеру формировался активным, любознательным, энергичным. Окончил 11 классов ООШ. ПТУ-газосварщик. Не работает. Хронические заболевания: гепатит С.

Неотложное состояние. Внезапное возбуждение, перешедшее в оглушение. Контакт недоступен. Лежит неподвижно, на внешние и болевые раздражители не реагирует. Кожные покровы бледные, цианотичные. Кожа влажная. Температура 35 С, артериальное давление - 90/50 мм.рт.ст., дыхание поверхностное, редкое (8-10 в мин.). Реакция зрачков на свет, сухожильные и кожные рефлексы отсутствуют. Отмечаются тонические судороги жевательных и затылочных мышц.

Вопросы:

1. Ваши действия в ситуации неотложной помощи.
2. Какие методы психологического обследования вы могли бы предложить для подтверждения и/или исключения диагноза.

Эталоны ответов:

1. Введение антидота:

- 3-5 мл. 0,5% раствора налоксона в/в, повторно – по показаниям.

Симптоматически:

- В случае парентерального введения опиатов промывание желудка, активированный уголь - внутрь, солевое слабительное;
- Ощелачивание крови — 400 мл 0,06% раствора гипохлорита натрия в/в через катетер;
- Введение подкожно и внутривенно 1-2 мл. 0,1% раствора атропина;
- Согревание тела, введение 3 мл 5% раствора витамина В1, внутривенно;
- Ингаляция кислорода;
- ИВЛ (при необходимости).

2. Методика определения акцентуаций личности Леонгарда-Шмишека, методика диагностики самооценки Спилбергера-Ханина

С26 ПК-3.2.2. Пациентка С. 40 лет. Учитель математики. Поступает в психиатрический стационар повторно в жизни. Обратилась к психиатру по настоянию мужа. Жалоб не предъявляет. В санпропускнике вела себя агрессивно, кричала на персонал. Муж утверждает, что данное состояние развилось около месяца назад, «затягла дома ремонт, не закончила его; начала писать картину, забросила ее; раздавала деньги соседям, затем кричала на них и требовала все вернуть». Пациентка утверждает, что у нее «прекрасное настроение и все в жизни хорошо, но муж не хочет с этим смириться». Больная спит не более четырех часов в сутки, объясняя это тем, что высыпается и полна энергии. Подобное состояние наблюдалось два года назад, тогда пациентку также привел в больницу муж.

Состояние при осмотре. Контакт доступен. Правильно ориентирована в месте, времени и собственной личности. Охотно вступает в беседу, держится без чувства дистанции. Речь быстрая, громкая. Не может усидеть на одном месте, часто вскакивает, просит дать ей сигарету или стакан воды. Быстро меняет тему, часто демонстрирует вспышки агрессии. Галлюцинации отрицает, внешне не обнаруживает. Указывает на то, что «мир стал ярче и интереснее». Неврологический осмотр патологии не выявил.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Проведите дифференциальную диагностику с другими вероятными расстройствами.

3. Определите лечебно-реабилитационную тактику.

Эталоны ответов:

1. Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании без психотических симптомов
2. Можно предположить шизофрению, шизоаффективное расстройство, однако не обнаружена негативная и продуктивная симптоматика; для аффективных расстройств, связанных с органическими заболеваниями головного мозга – органических причин не обнаружено; для аффективного состояния вследствие употребления алкоголя или ПАВ – нет данных об интоксикации данными веществами.
3. Нормотимики (вальпроевая кислота, карбамазепин), антипсихотики второго поколения (оланзапин, рисперидон), когнитивно-поведенческая психотерапия.

С27 ПК-3.3.1. Пациентка Р. 34 лет. Не работает, домохозяйка. Поступает в психиатрический стационар впервые в жизни. Предъявляет жалобы на ощущение слабости в ногах, утрату чувствительности в области губ, языка, чувство «комка» в горле, возникшие после конфликтной ситуации в семье. Говорит, что плохо спит и «совсем выбилась из сил». Очень обеспокоена своим здоровьем, медсестру манерно называет «Голубушка», врача – «Голубчик».

Состояние при осмотре. Контакт доступен. Правильно ориентирована в месте, времени и собственной личности. Охотно вступает в беседу. Во время беседы демонстративна, трагическим голосом излагает свои жалобы, утверждает, что у нее «все симптомы тяжелого неврологического заболевания», при этом начинает плакать. Затем легко отвлекается на посторонние темы, начинает кокетничать, излагая свои анамнестические сведения. При неврологическом обследовании патологии не выявлено. Соматически без особенностей.

Психодиагностика. Методика К.Леонгарда-С.Шмишека: застревание – 10, демонстративность – 19, педантичность – 10, возбудимость – 9, гипертимность – 12, дистимность – 3, тревожность – 12, экзальтированность – 7, эмотивность – 4, циклотимность – 4.

Уровень депрессии по методике В. Зунга – 48 баллов.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проанализируйте полученные результаты психодиагностического обследования.
3. Какие методы психологического обследования вы могли бы предложить для подтверждения и/или исключения диагноза.

Эталоны ответов:

1. Диссоциативные анестезия и потеря чувствительности
2. Акцентуация личности – демонстративный тип, также выражены гипертимность и тревожность. Выявлен легкий уровень депрессии
3. Методика пиктограмм, шкалу Спилбергера-Ханина, шкалу Зунга, опросник «Тип отношения к болезни».

С28 ПК-4.1.5. Пациент – инженер-программист, 32 года. Обратился на прием по направлению кардиолога в связи с устойчивыми жалобами на наличие упорных болей в предсердечной области, наличие сердцебиения, общую слабость; указанные жалобы послужили поводом для многократных обращений к врачам интернистам на протяжении последних 7-ми месяцев. Выставлен диагноз: Ипохондрическое расстройство. Оставаясь при твердом убеждении в том, что у него есть «заболевание сердца, не выявленное

специалистами», пациент употребляет по собственной инициативе ежедневно до флакона валокордина и упаковки валидола.

Анамнез. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена, но у матери больного отмечается повышенная озабоченность состоянием собственного здоровья. В школе учился хорошо, проявляя особый интерес к математике, вычислительной технике. Поведение на протяжении всей жизни, по словам брата больного, отличалось «особой правильностью», отсутствием каких-либо вредных привычек.

Неотложное состояние: У больного передозировка валокордина.

Вопросы:

1. Определите лечебно-реабилитационную тактику.
2. Ваши действия в ситуации неотложной помощи.
3. Какие методы психологического обследования вы могли бы предложить для подтверждения и/или исключения диагноза.

Эталоны ответов:

1. Транквилизаторы (диазепам), антидепрессанты (пароксетин, amitриптилин), нейролептики (сонапакс), бета-блокаторы (атенолол, пропранолол), нормотимики (карбамазепин), ноотропы (ноотропил)
2. Отмена валокордина, инфузионно-трансфузионная терапия (глюкоза, реополиглюкин, натрия хлорид), витамины В1, В6, когнитивно-поведенческая психотерапия, семейная психотерапия
3. Методика пиктограмм, шкалу Спилбергера-Ханина, опросник «Тип отношения к болезни».

С29 ПК-4.2.3. Больная Л. 42 лет, бухгалтер. Поступает на стац.лечение впервые в жизни с жалобами соматического характера. Впервые самочувствие ухудшилось полгода назад после конфликта с коллегами, почувствовала слабость, появилась боль в мышцах и суставах, стало тяжело ходить и стоять на ногах. Утверждает, что у неё болезнь Шегрена, обращалась за консультацией к профессору кафедры госпитальной терапии, на основании жалоб он назначил ей лечение цитостатиками и гормонами, которое, несмотря на высокие дозировки, оказалось неэффективным. В связи со своим состоянием перестала работать, выполнять домашние обязанности.

Состояние при осмотре. Контакту доступна. Ориентирована в месте, времени и собственной личности правильно. Предъявляет жалобы на сильную боль в мышцах и суставах, затруднения в передвижении, невозможность долго стоять. Фон настроения снижен, плаксива, раздражительна. В беседе напряжена, на вопросы отвечает тихим голосом. Мышление в обычном темпе. На вопрос о самочувствии отвечает, «вы что, не понимаете, у меня болезнь Шегрена, я тяжело больна». Бредовых концепций в отношении соматической патологии не выявлено. Фиксирована на своём состоянии. При намеке, что её состояние обусловлено стрессом, схватилась за сердце, сказала, что у неё потемнело перед глазами. Критика к своему состоянию формальная.

Вопросы:

1. Отметьте все психопатологические симптомы у данного больного.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Какие методы психологического обследования вы могли бы предложить для подтверждения и/или исключения диагноза.

Эталоны ответов:

1. Озабоченность наличием мнимой болезни, эмоциональная лабильность, дисморфомания

2. Ипохондрическое расстройство

3. Методика пиктограмм, шкалу Спилбергера-Ханина, опросник «Тип отношения к болезни».

С30 ПК-4.3.6. Пациент М. 67 лет. Учитель математики. Поступает в психиатрический стационар впервые. На прием к психиатру пришел по собственной инициативе в сопровождении жены. Жалобы на ухудшение памяти, «стало сложно запоминать информацию, не могу вспомнить имена своих учеников». Не справляется с привычной для него работой, раздражается, когда ему указывают на ошибки. Со слов жены, описанные изменения впервые стали заметными около 5 лет назад. Сначала забывал какие-то мелочи, например, вынести мусор или купить хлеб в магазине, если его попросили. Затем начал забывать более важную информацию, например, поручения директора школы, формулы и теоремы, которые преподавал многие годы. Пациент груб по отношению к близким, иногда бывает раздражительным.

Состояние при осмотре. Контакт доступен. Правильно ориентирован в месте, времени и собственной личности. В беседу вступает охотно, на вопросы отвечает верно, по существу. Иногда вместо существительных описывает предмет глаголами и местоимениями («то, чем пишут», «то, на чем чертят»). Не смог повторить имя врача, произнесенное несколько раз в его присутствии, затем повторил имя, но забыл отчество. Беспокоен, временами раздражителен. Галлюцинаторные переживания отсутствуют. Патологических идей не высказывает. КТ: признаки атрофии коры больших полушарий височных и теменных долей. Результат теста MMSE – 20 баллов

Вопросы:

1. Отметьте все психопатологические симптомы у данного больного.
2. Определите ведущий психопатологический синдром.
3. Поставьте предварительный диагноз.

Эталоны ответов:

1. Амнезия фиксационная, амнезия прогрессирующая по закону Рибо, агнозия, апраксия, сенильная психопатизация
2. Дементный синдром
3. Деменция при болезни Альцгеймера с ранним началом

С31 ПК-6.1.3. Пациентка О. 15 лет, ученица общеобразовательной школы. Поступает в психиатрический стационар впервые в жизни по направлению детской поликлиники. Предъявляет жалобы на перепады настроения и бессонницу. Со слов матери, в течение последнего года состояние дочери резко изменилось. Стала плохо учиться в школе, пропускать уроки по несколько дней, при этом врет родителям, что была в школе. Стала агрессивной, раздражительной, часто бьет младшего брата, кричит на мать и отца. Несколько раз уходила из дома, в последний раз отсутствовала неделю. Связалась «с плохой компанией», начала курить и употреблять алкоголь. Два дня назад была задержана полицией за кражу слабоалкогольного напитка в магазине.

Анамнез. Наследственность психическими заболеваниями неотягощена. Растет и развивается нормально, в школу пошла вовремя, учится удовлетворительно. Отношения в семье конфликтные, причиной конфликта является поведения подростка.

Состояние при осмотре. Контакт доступна. Правильно ориентирована в месте, времени и собственной личности. Неохотно вступает в беседу, держится без чувства дистанции, часто употребляет ненормативную лексику. Выражает незаинтересованность в лечении, отказывается от госпитализации, говорит, что «просто предки ее достали». Вопросы, касающиеся поведения пациентки, вызывают у нее раздражительность и вспышки

агрессии. Кричит на мать, в том числе нецензурными выражениями, приказным тоном требует отвезти ее домой.

Вопросы:

1. Отметьте все психопатологические симптомы у данного больного.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Какие методы психологического обследования вы могли бы предложить для подтверждения и/или исключения диагноза

Эталоны ответов:

1. Эмоциональная лабильность, агрессивное поведение, проявляет физическую жестокость по отношению к другим людям, часто прогуливает школьные занятия, воровство в магазинах, появление «плохой компании» и вредных привычек, физическая жестокость по отношению к другим людям, неоднократно убежала из родительского дома и отсутствовала более 1 дня. Взаимоотношение со сверстниками не выходят за рамки нормативных.
2. Социализированное расстройство поведения
3. Методику К. Леонгарда-С. Шмишека, таблицы Шульте, счет по Крепелину, метод пиктограмм, методику «Четвертый лишний», шкалу Зунга, определение психологического климата группы

С32 ПК-6.2.3. Пациентка И. 45 лет. Бухгалтер. Обратилась с жалобой на то, что у нее «инфаркт миокарда». В качестве доказательства приводит одышку и тахикардию, которые возникают при подъеме на пятый этаж. До этого наблюдалась участковым терапевтом по месту жительства, кардиологом по месту жительства, знакомым кардиологом из республиканской больницы, доцентами двух кафедр внутренних болезней. Все специалисты отмечали отсутствие соматической патологии.

Состояние при осмотре. Контакт доступен. Правильно ориентирована в месте, времени и собственной личности. Охотно вступает в беседу, просит помочь установить ей диагноз «Инфаркт миокарда». Хочет, чтобы ее направили на коронарографию. Фиксирована на своих переживаниях. Просит измерить частоту сердечных сокращений, поскольку «чувствует сердцебиение». При детальном опросе выяснилось, что состояние больной изменилось после того, как от осложнений инфаркта миокарда умер ее одноклассник. Патологии внимания, памяти и восприятия не выявлено. Неврологически без патологии.

Психодиагностика. Методика К. Леонгарда-С. Шмишека: застревание – 10, демонстративность – 15, педантичность – 7, возбудимость – 8, гипертимность – 5, дистимность – 9, тревожность – 12, экзальтированность – 6, эмотивность – 6, циклотимность – 5.

Методика заучивания 10 слов: первое повторение – 8 слов, второе повторение – 10 слов, третье повторение – 10 слов, четвертое повторение – 9 слов, через час – 8 слов.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проанализируйте полученные результаты психодиагностического обследования.
3. Какие методы психологического обследования вы могли бы предложить для подтверждения и/или исключения диагноза.

Эталоны ответов:

1. Ипохондрическое расстройство
2. У И. преобладают демонстративность и тревожность, есть склонность к застреванию. Непосредственная и долговременная память сохранены.

3. Методика пиктограмм, шкалу Спилбергера-Ханина, шкалу Зунга, опросник «Тип отношения к болезни».

С33 ПК-6.3.5. Пациентка М. 55 лет. Не работает, пенсионерка. Поступает в психиатрический стационар повторно в жизни, впервые в данном году. Обратилась к психиатру по собственной инициативе, на прием пришла в сопровождении мужа. Жалобы на плохое настроение, снижение аппетита, потерю в весе, долгое засыпание и раннее пробуждение, трудности в выполнении повседневных дел: «не могу себя заставить ничего делать, даже убрать в квартире не могу», утрату привычных интересов: «раньше я любила готовить, сейчас даже это не доставляет мне удовольствия». Подобное состояние впервые наблюдалось 10 лет назад, когда у пациентки умер первый муж.

Состояние при осмотре. Контакт доступен. Правильно ориентирована в месте, времени и собственной личности. На вопросы отвечает верно и по существу, но после продолжительной паузы. Говорит медленно, тихим голосом. Сидит в одной позе с опущенными плечами и наклоненной вниз головой. Выражение лица страдальческое. На глазах периодически появляются слезы. Видна складка Верогута. Галлюцинации отрицает, внешне не обнаруживает. Патологических идей не высказывает. Указывает на то, что «все вокруг видит каким-то тусклым, весь мир будто в сером цвете».

Психодиагностика. Уровень депрессии по методике В. Зунга – 72 балла. По методике Ч.Д.Спилбергера и Ю.Л. Ханина – 27 баллов.

Вопросы:

1. Отметьте все психопатологические симптомы у данного больного.
2. Определите ведущий психопатологический синдром.
3. Поставьте предварительный диагноз.

Эталоны ответов:

1. Гипотимия, гипобулия, брадифрения, ангедония, гипостезия, нарушение сна, снижение аппетита, потеря веса, пессимистические мысли относительно настоящего и будущего
2. Умеренный депрессивный синдром
3. Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод умеренной тяжести без соматического синдрома