

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДЕНО

на заседании

Учебно-методического совета

«01» сентября 2021 года, протокол № 1

Проректор по учебной работе,
председатель Учебно-методического совета,
д.м.н., профессор В.И. Орел

СОГЛАСОВАНО

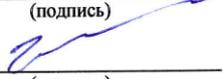
Проректор по послевузовскому,
дополнительному профессиональному
образованию и региональному развитию
здравоохранения,
д.м.н., профессор Ю.С. Александрович

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО ПРАКТИКЕ (Б2.1)**

основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы ординатуры по специальности
31.08.20 «Психиатрия»

Санкт-Петербург
2021 г.

Разработчики:

Заведующий кафедрой, д.м.н. доцент (должность, ученое звание, степень)	 (подпись)	С.В. Гречаный (расшифровка)
Доцент кафедры, к.м.н. (должность, ученое звание, степень)	 (подпись)	А.Б. Ильичев (расшифровка)

рассмотрен и одобрен на заседании кафедры

Психиатрии и наркологии

название кафедры

« 17 » августа 2021 г., протокол заседания № 1

Заведующий кафедрой	Психиатрии и наркологии название кафедры	С.В. Гречаный (расшифровка)
д.м.н., доцент (должность, ученое звание, степень)	 (подпись)	

1. Требования к результатам освоения программы практики

В результате освоения программы практики ординатор должен

знать:

- законодательство, нормативные документы в здравоохранении и психиатрии;
- принципы организации психиатрической помощи;
- принципы психиатрического освидетельствования;
- принципы определения временной и стойкой нетрудоспособности;
- порядок проведения медико-социальной экспертизы;
- принципы госпитализации в психиатрическое и наркологическое учреждение;
- основные вопросы общей психопатологии и частной психиатрии;
- принципы оценки психического состояния пациента, сбора анамнестических сведений;
- базовые основы общей медицины, оценку соматического и неврологического состояния;
- характерные особенности результатов лабораторных и инструментальных исследований в зависимости от синдромальной и нозологической принадлежности психических расстройств;
- методы диагностического тестирования с помощью психометрических клинических шкал;
- клинические рекомендации по диагностике и терапии, протоколы ведения больных, стандарты оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения;
- принципы лечения и профилактики психических расстройств и расстройств поведения;
- принципы психофармакотерапии психических и поведенческих расстройств, механизм действия основных групп психотропных препаратов, показания и противопоказания к их применению, осложнения, вызванные их применением;
- методы немедикаментозной терапии психических и поведенческих расстройств;
- психотерапевтические методики;
- принципы установления диспансерного наблюдения;
- методы психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации;
- основные характеристики здорового образа жизни, методы его формирования;
- основные принципы организации профилактических осмотров среди взрослых и детей;
- формы и методы санитарно-просветительной работы;
- основы эпидемиологии и медицинской статистики;
- правила оформления медицинской документации в психиатрических организациях;
- принципы оценки качества оказания медицинской помощи;

уметь:

- собирать клиничко-анамнестические данные с целью выявления психических расстройств;
- проводить клиническое психопатологическое обследование пациента;
- организовывать и проводить неотложную помощь при психомоторном возбуждении, сериях припадков, тяжелых токсических состояниях, других расстройствах;
- осуществлять психиатрическое освидетельствование на предмет наличия или отсутствия признаков психических и поведенческих расстройств;
- осуществлять медико-социальную экспертизу пациентов;
- определять показания к неотложной госпитализации;
- осуществлять процедуру недобровольной госпитализации пациентов;
- интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных исследований;
- результаты осмотра пациентов врачами-специалистами;
- проводить дифференциальную диагностику психических и поведенческих расстройств;
- диагностировать неотложные состояния и состояния, требующие экстренной помощи;
- устанавливать риск совершения пациентом суицидальных / аутоагрессивных действий, его опасность для жизни окружающих, как следствие психического расстройства;

- назначать медикаментозное лечение, немедикаментозное лечение, психотерапевтические методы, с учетом клинической картины психического расстройства и в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, протоколами ведения больных и стандартами оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения;
- оценивать побочные эффекты и осложнения, осуществлять их коррекцию;
- определять показания и противопоказания к назначению немедикаментозных средств;
- определять показания и противопоказания к назначению методов психотерапии;
- оказывать экстренную психиатрическую помощь при острых или обострении хронических психических расстройств, представляющих угрозу жизни пациента или окружающих;
- оказывать необходимую медицинскую помощь при неотложных состояниях;
- оказывать психиатрическую помощь в чрезвычайных ситуациях на местах;
- производить диспансерное наблюдение;
- осуществлять психосоциальную реабилитацию пациентов;
- осуществлять лечебно-профилактические мероприятия по предупреждению психических заболеваний, наркологических заболеваний и расстройств поведения;
- проводить санитарно-просветительскую и психогигиеническую работу среди населения;
- заполнять учетно-отчетные медицинские документы в медицинских организациях психиатрического профиля и контролировать качество ведения медицинской документации;
- оформлять и выдавать документы, удостоверяющие временную утрату трудоспособности пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения;
- оформлять документацию, необходимую для проведения медико-социальной экспертизы;

Владеть навыками:

- проведения первичного осмотра с соблюдением законодательных норм;
- проведения психопатологического обследования;
- проведения неврологического и физикального обследования;
- оценки суицидального риска, непосредственной опасности для себя или окружающих, беспомощности;
- психодиагностического обследования с использованием психодиагностических шкал;
- оценки психического и соматоневрологического состояния пациента при острых или обострении хронических психических расстройств, представляющих угрозу жизни пациента или окружающих;
- обоснования и постановки диагноза в соответствии с принятыми критериями и классификациями;
- разработки плана лечения пациентов, с учетом клинической картины, возраста и пола пациента, в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, протоколами ведения больных и стандартами оказания медицинской помощи;
- применения фармакотерапии, методов немедикаментозной терапии;
- оценки эффективности и безопасности медикаментозной терапии, немедикаментозных методов лечения;
- проведения лечебных мероприятий, оказания экстренной и неотложной психиатрической помощи при острых или обострении хронических психических расстройств, представляющих угрозу жизни пациента или окружающих;
- оказания психиатрической помощи при чрезвычайных ситуациях;
- осуществления диспансерного наблюдения пациентов;
- разработки и проведения мероприятий, направленных на психосоциальную реабилитацию пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения;
- разработки и проведения профилактических мероприятий по предупреждению психических заболеваний у здоровых лиц;

- раннего выявления факторов риска заболеваний, психических расстройств и расстройств поведения;
- санитарно-просветительской и психогигиенической работы, пропаганды здорового образа жизни;
- ведения учетно-отчетной медицинской документации;
- оформления документации, удостоверяющей временную нетрудоспособность;
- анализа медико-статистических показателей;
- навыками оказания первой помощи при носовом кровотечении;
- навыками оказания первой помощи при желудочном кровотечении;
- навыками оказания первой помощи при легочном кровотечении;
- навыками оказания первой помощи при гипертермии;
- навыками оказания первой помощи при боли в сердце;
- навыками оказания первой помощи при судорогах;
- навыками оказания первой помощи при асфиксии;
- навыками оказания первой помощи при остром инфаркте миокарда;
- навыками оказания первой помощи при брадикардии;
- навыками оказания первой помощи при наджелудочковой тахикардии;
- навыками оказания первой помощи при желудочковой тахикардии;
- навыками оказания первой помощи при асистолии;
- навыками оказания первой помощи при фибрилляции желудочков;
- навыками оказания первой помощи при фибрилляции предсердий;
- навыками оказания первой помощи при атриовентрикулярной блокаде 2 степени;
- навыками оказания первой помощи при атриовентрикулярной блокаде 3 степени;
- навыками оказания первой помощи при рвоте;
- навыками оказания первой помощи при кровотечении с использованием жгута;
- навыками оказания первой помощи при кровотечении с использованием давящей повязки;
- навыками оказания первой помощи при острых аллергических реакциях;
- навыками оказания первой помощи при обмороке и коллапсе;
- навыками проведения сердечно-легочной реанимации у взрослых;
- навыками проведения сердечно-легочной реанимации у детей разного возраста.

2. Компетенции обучающегося, формируемые в результате освоения программы практики по специальности 31.08.42 «Неврология»

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Содержание компетенции (или ее части)	Этап формирования компетенции
Универсальные компетенции			
1	УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Текущий Промежуточный
Профессиональные компетенции			
2	ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	Текущий Промежуточный
3	ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного	Текущий Промежуточный

		наблюдения за здоровыми и хроническими больными	
5	ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Текущий Промежуточный
6	ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи	Текущий Промежуточный
8	ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Текущий Промежуточный
9	ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Текущий Промежуточный

3. Соответствие формируемых компетенций задач освоения программы практики

Компетенции	Результаты освоения программы практики				
	Проведение обследования в целях выявления заболеваний психиатрического профиля, установления диагноза	Назначение лечения лицам с заболеваниями психиатрического профиля, контроль его эффективности и безопасности	Назначение реабилитационных мероприятий лицам с заболеваниями психиатрического профиля и контроль их эффективности	Назначение мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни	Ведение медицинской документации, проведение анализа медико-статистической информации, организация деятельности подчиненного персонала
УК-1	+	+	+	+	+
ПК-1	+			+	
ПК-2	+				+
ПК-5	+				+
ПК-6		+			
ПК-8			+	+	
ПК-9				+	

4. Контрольные мероприятия и применяемые оценочные средства для промежуточной аттестации по дисциплине «Психиатрия»

2-й семестр:

№	Индекс компетенции	Наименование контрольных мероприятий			
		Тестирование	Собеседование	Выполнение практических навыков	Решение задач
		Наименование материалов оценочных средств			
		Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практических навыков	Задачи
		№ задания			
1.	УК-1		1,2	1, 25, 26, 30	1-60, с1-с39*
2.	ПК-1	3-21, 40-43, 321, 410, 429, 437, 454, 455, 509, 510, 525-528, 548, 549, 554-556, 580-582, 595, 597-606, 617, 716, 720	100, 139, 142, 143	62, 63, 70	1-60
3.	ПК-2	1, 2, 22, 25, 135-142, 568-570, 694-696	3-9, 75, 76, 78, 79, 83, 88-90, 153	8, 14, 39, 49, 51, 54, 57, 60	6-11,14-22,24-26, 32-44, 47, 48, 51-58
5.	ПК-5	44-134, 143-150, 152-263, 266-300, 302-320, 322-363, 365-385, 387-409, 421-428, 430-436, 438-453, 456-508, 511-524, 529-547, 550-553, 558, 559-567, 571-579, 583-594, 596, 601-616, 618-662, 665, 666, 668, 670-680, 690-693, 697-699, 704-715, 717-719	10-74, 77, 80-82, 84-87, 91-96, 102-106, 108-112, 114-116, 118-124, 126, 129, 133, 136, 137, 140, 141, 144, 149, 151, 152, 154-156, 158-160	24, 32-34, 37, 38, 42, 43, 50, 56, 58, 59	1-60
6.	ПК-6	151, 264, 265, 301, 364, 386, 412-418, 721-729, 730-736, 737-806	113, 117, 131, 132, 134, 135, 147, 161-224	2-7, 9-13, 15-23, 27-29, 31, 40, 41, 44-48, 52, 55	8-11, 24-26, 29-31, 33, 35-52, 54-60, с15
8.	ПК-8	663, 664, 667, 669, 681-683, 700-703	107, 125, 127, 128, 130, 138, 145, 146, 148, 157	35, 36, 53, 61	10-20, 24-26, 28-52, 54-60
9.	ПК-9	821-848	244, 275, 307, 315	61, 64-69	8, 13-15, 17, 19-22, 24-26, 28, 30, 31, 34, 35, 39, 40, 44, 47, 54, 57

* «с» – клинические задачи симуляционного курса.

3-й семестр:

№	Индекс компетенции	Наименование контрольных мероприятий			
		Тестирование	Собеседование	Выполнение практических навыков	Решение задач
		Наименование материалов оценочных средств			
		Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практических навыков	Задачи
		№ задания			
1.	УК-1			1, 25, 26, 30	1-60
2.	ПК-1	820, 849, 850, 939-942, 946, 947, 971-974, 1003	284, 286-290, 292-296, 300-304	62, 63, 70	1-60
3.	ПК-2	808, 809, 818	262, 263, 278, 279, 291	8, 14, 39, 49, 51, 54, 57, 60	6-11, 14-22, 24-26, 32-44, 47, 48, 51-58
4.	ПК-5	851-935, 943-945, 997-970, 975-1002, 1004-1020	261, 264-273, 277, 280-283, 285	24, 32-34, 37, 38, 42, 43, 50, 56, 58, 59	1-60
5.	ПК-6	807, 810-817, 819	225-239, 274, 275, 297-299	2-7, 9-13, 15-23, 27-29, 31, 40, 41, 44-48, 52, 55	8-11, 24-26, 29-31, 33, 35-52, 54-60
6.	ПК-8	936-938, 948-959, 962-965	240-260, 276	35, 36, 53, 61	10-20, 24-26, 28-52, 54-60
7.	ПК-9	821-848	244, 275, 307, 315	61, 64-69	8, 13-15, 17, 19-22, 24-26, 28, 30, 31, 34, 35, 39, 40, 44, 47, 54, 57

4-й семестр:

№	Индекс компетенции	Наименование контрольных мероприятий			
		Тестирование	Собеседование	Выполнение практических навыков	Решение задач
		Наименование материалов оценочных средств			
		Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практических навыков	Задачи
№ задания					
1.	УК-1			1, 25, 26, 30	1-60
2.	ПК-1	820, 849, 850, 939-942, 946, 947, 971-974, 1003	284, 286-290, 292-296, 300-304	62, 63, 70	1-60
3.	ПК-2	808, 809, 818	262, 263, 278, 279, 291, 305, 306, 308-314	8, 14, 39, 49, 51, 54, 57, 60	6-11, 14-22, 24-26, 32-44, 47, 48, 51-58
4.	ПК-5	851-935, 943-945, 997-970, 975-1002, 1004-1020	261, 264-273, 277, 280-283, 285	24, 32-34, 37, 38, 42, 43, 50, 56, 58, 59	1-60
5.	ПК-6	807, 810-817, 819	225-239, 274, 297-299	2-7, 9-13, 15-23, 27-29, 31, 40, 41, 44-48, 52, 55	8-11, 24-26, 29-31, 33, 35-52, 54-60
6.	ПК-8	936-938, 948-959, 962-965	240-243, 245-260, 276	35, 36, 53, 61	10-20, 24-26, 28-52, 54-60
7.	ПК-9	821-848	244, 275, 307, 315	61, 64-69	8, 13-15, 17, 19-22, 24-26, 28, 30, 31, 34, 35, 39, 40, 44, 47, 54, 57

5. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

5.1. Тесты

5.1.1. Методы исследования психически больных. Общая психопатология.

- Метод наблюдения позволяет выявить (ПК-2)
 - Диссимуляцию
 - Изменение психического состояния больного
 - Возможность агрессивных действий
 - Все перечисленное
 - Ничего из перечисленного
- Для выявления бредовых идей у малодоступного больного можно использовать все следующие приемы, кроме (ПК-2)
 - Сообщения больному объективных сведений о нем, не называя дающего сведения
 - Обещания наказания в случае отказа больного сообщить интересующие врача сведения
 - Неоднократного возвращения в процессе разговора к интересующему врача вопросу
 - Разговора с больным на посторонние темы
 - Распроса после начала терапии
- Морфологическое исследование крови проводится для выявления (ПК-1)
 - Инфекционных процессов
 - Осложнений лекарственной терапии
 - Характерных изменений при фебрильной шизофрении
 - Всего перечисленного
 - Ничего из перечисленного
- Биохимическое исследование крови проводится (ПК-1)
 - Для выявления биохимических сдвигов, характерных для различных психических заболеваний (шизофрении, МДП, эпилепсии, алкоголизма, наследственных заболеваний и др.)
 - Для определения содержания лития при соответствующей терапии
 - Для определения функции печени при терапии психотропными средствами
 - Верно а. и в.
 - Верно все перечисленное
- Серологическое исследование крови в психиатрии проводится для диагностики всего перечисленного, кроме (ПК-1)
 - Сифилиса
 - ВИЧ-инфекции
 - Опухолей
 - Ревматизма
 - Токсоплазмоза

6. Содержание психотропных препаратов в крови определяется в следующих случаях (ПК-1)
- Для определения наиболее эффективной суточной дозы препарата
 - При подозрении на отравление психотропными средствами
 - Для исключения возможности передозировки препарата
 - Верно б. и в.
 - Верно все перечисленное
7. Бактериологическое исследование спинномозговой жидкости проводится для диагностики всех следующих заболеваний, кроме (ПК-1)
- менингитов
 - абсцессов мозга
 - опухолей мозга
 - сифилиса нервной системы
 - токсоплазмоза
8. К коллоидным реакциям, используемым в психиатрии для определения белковых фракций ликвора, относятся (ПК-1)
- реакция Ланге
 - реакция Нонне-Апельта
 - реакция Вейхброта
 - все перечисленные
 - ни одна из перечисленных
9. Посредством церебральной ангиографии может быть выявлено (ПК-1)
- усиление сосудистого рисунка
 - изменение конфигурации турецкого седла
 - пальцевые вдавления
 - расширение канала зрительного нерва
 - расширение внутреннего слухового прохода
10. Изменения на ЭЭГ характерны для всех перечисленных заболеваний, кроме (ПК-1)
- органических и сосудистых поражений головного мозга
 - опухолей мозга
 - эпилепсии
 - атрофических заболеваний
 - инволюционных психозов
11. Метод компьютерной томографии применяется для диагностики всех следующих видов мозговой патологии, исключая (ПК-1)
- менингиты
 - опухоли мозга
 - дегенеративные изменения мозговой ткани
 - инфаркты мозга
 - кровоизлияния в вещество мозга
12. Инструментальные исследования головного мозга (ЭЭГ, МРТ и др.): (ПК-1)
- Позволяют выявить степень нарушения или сохранности мышления пациента
 - Являются основным методом диагностики в психиатрии
 - Помогают установить этиологию психического расстройства
 - Верно б. и в.
 - Верно все перечисленное
13. Назначение МРТ наиболее для уточнения диагноза (ПК-1)
- Ядерной шизофрении
 - Эпилепсии
 - Болезни Альцгеймера
 - Нарушений интеллектуального развития
 - Всех перечисленных
14. Электроэнцефалографическое исследование целесообразно применять (ПК-1)
- При органических заболеваниях головного мозга
 - При эпилепсии
 - При злокачественной шизофрении
 - Верно а) и б)
 - Верно все перечисленное
15. Генетические методы исследования психических больных используются (ПК-1)
- для диагностики психических заболеваний
 - для определения прогноза психических заболеваний
 - для определения степени риска психических заболеваний у потомства
 - для всего перечисленного
 - ни для чего из перечисленного
16. В основе биохимического метода лежит (ПК-1)
- изучение клинических особенностей у близнецов
 - анализ родословной пробанда
 - изучение клинических особенностей у приемных детей
 - изучение количественного и качественного состава хромосом человека
 - обнаружение наследственных дефектов метаболизма
17. В основе цитогенетического метода лежит (ПК-1)
- изучение клинических особенностей у близнецов
 - изучение количественного и качественного состава хромосом человека
 - анализ родословной пробанда
 - изучение клинических особенностей у приемных детей
 - обнаружение наследственных дефектов метаболизма
18. В группу повышенного риска при наследовании психических заболеваний входят все перечисленные группы, кроме (ПК-1)
- детей, у которых болен один из родителей
 - братьев и сестер больных
 - дядей и теток больных
 - родителей больных
 - дизиготных близнецов больных
19. В группу наивысшего риска при наследовании психических заболеваний входят (ПК-1)
- дети, у которых болен один из родителей
 - дети, у которых больны оба родителя
 - родители больных
 - дизиготные близнецы больных
 - все перечисленные
20. Для болезни Альцгеймера характерны все следующие морфологические изменения головного мозга, кроме (ПК-1)
- атрофии темных отделов
 - атрофии височных отделов
 - атрофии мозжечка
 - сенильных бляшек
 - специфических изменений нейрофибрилл
21. Для болезни Пика характерны все следующие морфологические изменения головного мозга, кроме (ПК-1)
- атрофии темных отделов
 - атрофии лобных отделов
 - атрофии височных отделов
 - смазанности границ между серым и белым веществом
 - атрофии и выпадения клеток
22. Основным методом диагностики психических расстройств является (ПК-2)
- Экспериментально-психологическое исследование
 - Клинико-психопатологическое исследование
 - Инструментальные исследования головного мозга (ЭЭГ, МРТ и др.)
 - Психоанализ
 - Применение клинических оценочных шкал
23. Экспериментально-психологическое исследование в клинике позволяет (ПК-5)
- Получить данные о различных нарушениях психических процессов
 - Оценить степень нарушений психической деятельности
 - Оценить динамику психического состояния в процессе терапии
 - Верно все перечисленное
 - Все перечисленное неверно
24. Экспериментально-психологическое исследование в клинике позволяет решать следующие задачи (ПК-5)
- получение данных о различных нарушениях психических процессов у больного с диагностической целью
 - оценку степени нарушений психической деятельности
 - объективную оценку динамики психического состояния в процессе терапии
 - ни одну из перечисленных
 - все перечисленные
25. Экспериментально-психологическое исследование (ПК-2)
- Целесообразно применять в остром периоде психического расстройства
 - Позволяет выявить степень нарушения или сохранности психических функций пациента
 - Является основным методом диагностики в психиатрии
 - Верно а. и б.
 - Верно все перечисленное
26. Для исследования функций памяти используются все методики, кроме (ПК-5)
- Запоминания десяти слов
 - Ассоциативного эксперимента
 - Повторения цифр
 - Пиктограммы

- д. Воспроизведения рассказов
27. Для исследования мышления используются все методики, кроме (ПК-5)
- Пиктограммы
 - Сходства и различия понятий
 - ММРІ
 - Образования аналогий
 - Исключения лишнего
28. Для исследования внимания используется (ПК-5)
- Тест Люшера
 - Пиктограмма
 - Осмысливание рассказов
 - Таблица Шульте
 - Воспроизведения рассказов
29. Для исследования внимания используются все методики, кроме (ПК-5)
- Счета по Крепелину
 - Теста Айзенка
 - Корректирующей пробы Бурдона
 - Отсчитывания
 - Таблиц Шульте
30. Для исследования функций памяти используются все методики, кроме (ПК-5)
- Запоминания десяти слов
 - Ассоциативного эксперимента
 - Повторения цифр
 - Пиктограммы
 - Воспроизведения рассказов
31. Для исследования интеллекта используются (ПК-5)
- Тест Векслера
 - Тест Айзенка
 - Таблицы Равенна
 - Шкала Бине-Симона
 - Все перечисленные
32. Тест Векслера (ПК-5)
- В настоящее время не применяется
 - Комплексная методика для исследования структуры личности
 - Комплексная методика для исследования интеллекта
 - То же, что диазепамовый тест
 - Методика для исследования внимания
33. Тест Векслера (ПК-5)
- Позволяет вычислить интеллектуальный показатель (IQ)
 - Позволяет описать структуру личности
 - Содержит три субтеста
 - Верно а) и в)
 - Верно все перечисленное
34. К проективным методикам относятся (ПК-5)
- Тест Роршаха
 - Тематический апперцептивный тест
 - Тест Люшера
 - Верно а) и б)
 - Верно все перечисленное
35. К проективным методикам относятся (ПК-5)
- Тест рисуночной фрустрации Розенцвейга
 - Тест «дом, дерево, человек»
 - Тест «Несуществующее животное»
 - Верно а) и б)
 - Верно все перечисленное
36. Для исследования структуры личности применяется (ПК-5)
- ММРІ
 - Опросник Кэттела
 - Тест Векслера
 - Верно а. и б.
 - Верно все перечисленное
37. Для исследования структуры личности используются все методики, кроме (ПК-5)
- ММРІ
 - Патохарактерологического диагностического опросника для подростков
 - Шкалы самооценки Спилберга-Ханина
 - Опросника Айзенка
 - Опросника Кеттела
38. К клиническим оценочным шкалам относятся (ПК-5)
- Шкала PANSS
 - Шкала общего клинического впечатления
 - Шкала мании Янга
 - Верно а) и в)
 - Верно все перечисленное
39. Для оценки степени тяжести депрессии применяется (ПК-5)
- Шкала Гамильтона
 - Шкала Бека
 - Шкала самооценки Цунга
 - Верно а) и в)
 - Верно все перечисленное
40. Инструментальные исследования головного мозга (ЭЭГ, МРТ и др.) (ПК-1)
- Помогают установить этиологию психического расстройства
 - Позволяют выявить степень нарушения или сохранности мышления пациента
 - Являются основным методом диагностики в психиатрии
 - Верно б. и в.
 - Верно все перечисленное
41. Назначение МРТ наиболее для уточнения диагноза (ПК-1)
- Ядерной шизофрении
 - Эпилепсии
 - Болезни Альцгеймера
 - Нарушений интеллектуального развития
 - Всех перечисленных
42. Электроэнцефалографическое исследование целесообразно применять (ПК-1)
- При органических заболеваниях головного мозга
 - При эпилепсии
 - При злокачественной шизофрении
 - Верно а) и б)
 - Верно все перечисленное
43. Сохранность критики наблюдается при (ПК-1)
- Бреде
 - Галлюцинациях
 - Фобиях
 - Конфабуляциях
 - Псевдореминисценциях
44. Гиперестезия – это (ПК-5)
- Обострение ощущений
 - Неприятное поверхностное тактильное ощущение
 - Мучительное ощущение, локализующееся внутри тела
 - Иррадиация возбуждения с одного анализатора на другой
 - Патологическое усиление эмоциональных проявлений
45. Анестезия при диссоциативном расстройстве (ПК-5)
- Соответствует зонам иннервации
 - Постоянно меняет локализацию
 - Часто имеет локализацию по типу «носов и перчаток»
 - Сопровождается сенестопатиями
 - Сопровождается ипохондрическим бредом
46. Парестезия – это (ПК-5)
- Обострение ощущений
 - Неприятное поверхностное тактильное ощущение
 - Мучительное ощущение, локализующееся внутри тела
 - Иррадиация возбуждения с одного анализатора на другой
 - Патологическое усиление эмоциональных проявлений
47. Парестезия – это (ПК-5)
- Неприятное ощущение на поверхности кожи
 - Ощущение присутствия на коже паразитов
 - Мучительное ощущение, локализующееся внутри тела
 - Иррадиация возбуждения с одного анализатора на другой
 - Патологическое ослабление тактильных ощущений
48. Сенестопатия – это (ПК-5)
- Обострение ощущений
 - Переживание «вызванных» извне телесных ощущений
 - Мучительное ощущение, локализующееся внутри тела
 - Иррадиация возбуждения с одного анализатора на другой
 - Патологическое усиление эмоциональных проявлений
49. Сенестопатии характеризуются всем перечисленным, кроме (ПК-5)
- Разнообразных, крайне мучительных, тягостных ощущений
 - Необычности, вычурности ощущений
 - Ощущения, что собственное тело стало необычно тяжелым
 - Отсутствия констатируемых соматическими методами исследований причин
 - Частого сочетания с ипохондрическими идеями
50. К агнозии относится (ПК-5)

- а. Неузнавание предметов на ощупь
 б. Неузнавание знакомых лиц на фотографии
 в. Восприятие окружающего серым, безжизненным, потерявшим краски
 г. Верно а. и б.
 д. Верно все перечисленное
51. Аутометаморфопсия – это (ПК-5)
 а. Расстройство схемы тела
 б. Видение собственного двойника
 в. Искаженное восприятие собственного тела
 г. Верно а. и б.
 д. Верно а. и в.
52. Синдром деперсонализации характеризуется всем перечисленным, кроме (ПК- 5)
 а. Расстройства самосознания личности, отчуждения психических свойств личности
 б. Чувства изменения, утраты или раздвоения своего Я
 в. Нарушения сознания
 г. Расстройства самосознания витальности и активности
 д. Расстройства самосознания целостности
53. К аутопсихической деперсонализации относится (ПК-5)
 а. Чувство отчуждения собственных телесных ощущений
 б. Чувство отчуждения собственного мыслительного процесса
 в. Невозможность определить положение тела в пространстве
 г. Отгороженность больного от окружающей обстановки
 д. Видение собственного двойника
54. К аутопсихической деперсонализации относится (ПК-5)
 а. Чувство отчуждения собственного мыслительного процесса
 б. Чувство отчуждения собственных телесных ощущений
 в. Невозможность определить положение тела в пространстве
 г. Отгороженность больного от окружающей обстановки
 д. Видение собственного двойника
55. К аутопсихической деперсонализации относится (ПК-5)
 а. Чувство отчуждения собственных эмоций
 б. Чувство отчуждения настроения
 в. «Болезненная психическая анестезия»
 г. Верно а. и б.
 д. Верно все перечисленное
56. К аутопсихической деперсонализации относится (ПК-5)
 а. Чувство отчуждения собственного мыслительного процесса
 б. Чувство отчуждения собственных телесных ощущений
 в. Невозможность определить положение тела в пространстве
 г. Отгороженность больного от окружающей обстановки.
 д. Видение собственного двойника
57. К соматопсихической деперсонализации относится (ПК-5)
 а. Ощущение нарушения пропорций тела
 б. Чувство утраты телесных ощущений
 в. Ощущение уменьшения размеров тела
 г. Верно а. и б.
 д. Верно все перечисленное
58. К аллопсихической деперсонализации относится (ПК-5)
 а. Искаженное видение формы предмета
 б. Восприятие окружающего «серым», потерявшим яркость красок
 в. Восприятие окружающих предметов уменьшенными в размерах
 г. Восприятие предметов раздвоенными
 д. Неверно все перечисленное
59. При дереализации (ПК-5)
 а. Впечатления окружающего представляются бледными и ненастоящими
 б. Предметы кажутся размытыми
 в. Предметы кажутся уменьшенными в размерах
 г. Окружающее воспринимается чрезмерно ярко
 д. Пациент дезориентирован в месте, окружающей ситуации
60. Парейдолическая иллюзия – это (ПК-5)
 а. Иллюзия, возникающая при засыпании
 б. Видение сценородных картин, возникающих в рисунках обоев, ковра
 в. Зрительный обман при ориентированном онейроиде
 г. Иллюзия, связанная с нарушением работы анализаторов
 д. Искажение формы предметов
61. Для истинных галлюцинаций характерно (ПК-5)
 а. Экстрапроекция
 б. Убеденность больного, что все вокруг видят те же самые объекты
 в. Чувство сделанности галлюцинаторных образов
 г. Верно а. и б.
 д. Верно все перечисленное
62. Для истинных галлюцинаций характерно (ПК-5)
 а. Сенсорная реальность
 б. Интрапроекция
 в. Чувство сделанности галлюцинаторных образов
 г. Верно а. и б.
 д. Неверно все перечисленное
63. Для псевдогаллюцинаций характерно (ПК-5)
 а. Оценка образов как проявлений болезни
 б. Невозможность отличить галлюцинаторные образы от реальных предметов
 в. Чувство сделанности галлюцинаторных образов
 г. Верно а. и б.
 д. Верно все перечисленное
64. Гипнагогические галлюцинации – это (ПК-5)
 а. Галлюцинации со стереотипно повторяющимся содержанием
 б. Галлюцинации, возникающие во время засыпания
 в. Галлюцинации, возникающие на фоне яркого образного воображения
 г. Галлюцинации, возникающие во время воздействия реального раздражителя на орган чувств
 д. Видение собственного двойника
65. Для висцеральных галлюцинаций характерно все перечисленное, кроме (ПК-5)
 а. Ощущения явного присутствия в полости тела инородных предметов
 б. Ощущения присутствия в теле живых существ
 в. Наличия беспредметных, необычных, тягостных ощущений в разных местах
 г. Возможности точного описания своих ощущений
 д. Ощущения, что предметы внутри тела неподвижны либо шевелятся
66. Для висцеральных галлюцинаций характерно (ПК-5)
 а. Ощущение явного присутствия в полости тела инородных предметов
 б. Ощущение присутствия в теле живых существ
 в. Ощущение наличия в теле дополнительных внутренних органов
 г. Верно б. и в.
 д. Верно все перечисленное
67. Галлюцинации воображения (ПК-5)
 а. Кратковременные
 б. Возникают у лиц с ярким воображением
 в. Характеризуются эмоционально нейтральными образами
 г. Верно а. и б.
 д. Верно все перечисленное
68. Галлюциноз (ПК-5)
 а. Характеризуется наплывом галлюцинаций
 б. Возникает на фоне ясного сознания
 в. Сопровождается выраженными бредовыми расстройствами
 г. Верно а. и б.
 д. Верно все перечисленное
69. Для острого галлюциноза характерно (ПК-5)
 а. Ясное сознание
 б. Наплыв галлюцинаций
 в. Наличие развернутых бредовых идей
 г. Верно а. и б.
 д. Верно все перечисленное
70. Слуховые псевдогаллюцинации определяются всем перечисленным, кроме (ПК-5)
 а. Возникновения «внутренних», «сделанных», «мысленных» голосов
 б. Звучания мыслей
 в. Громких мыслей
 г. Содержания брани, упреков, предсказаний, приказов и т.д.
 д. Ощущения, что языком больного произносят слова, фразы
71. Слуховые псевдогаллюцинации определяются (ПК-5)
 а. Возникновением «внутренних», «мысленных» голосов

- б. Ощущением, что образы насильственно вызваны внешней силой
- в. Ощущением, что слова, фразы насильственно произносятся языком больного
- г. Верно а. и б.
- д. Верно все перечисленное
72. Аутистическое мышление характеризуется (ПК-5)
- а. Алогичностью
- б. Несоответствием действительности
- в. Отсутствием смысловых связей между словами в высказываниях
- г. Верно а. и б.
- д. Верно все перечисленное
73. По Е. Минковски, аутизм может и иметь варианты (ПК-5)
- а. Активный и пассивный
- б. Истинный и ложный
- в. Богатый и бедный
- г. Положительный и отрицательный
- д. Продуктивный и негативный
74. Для ментизма характерно (ПК-5)
- а. «Застревание» на одной мысли
- б. Непроизвольно возникающий наплыв мыслей, образов, представлений
- в. Утрата способности к образованию ассоциативных связей, потеря и смысловой, и грамматической структуры речи
- г. «Скачка идей»
- д. Верно б. и г.
75. Для ментизма характерно (ПК-5)
- а. Увеличение скорости возникновения ассоциаций
- б. Непроизвольно возникающий наплыв мыслей, образов, представлений
- в. Речь, лишенная смысловой и грамматической структуры
- г. Звучащий характер мыслей
- д. Верно а. и г.
76. Паралогическое мышление характеризуется (ПК-5)
- а. Возможностью неадекватных, иногда опасных, внешне нелогичных действий
- б. Наличием логических путей, понятных только больному
- в. Подробным описанием в речи всех мелочей, незначительных деталей
- г. Верно а. и б.
- д. Верно все перечисленное
77. Разорванное мышление характеризуется (ПК-5)
- а. Отсутствием смыслового содержания фраз при сохранении их синтаксической структуры
- б. Внезапным немотивированным переходом на другую тему
- в. «Скачкой идей»
- г. Верно а. и б.
- д. Верно все перечисленное
78. Резонерское мышление характеризуется (ПК-5)
- а. «Застреванием» на одной мысли
- б. Внезапным немотивированным переходом на другую тему
- в. Утрата способности к образованию ассоциативных связей, потеря и смысловой, и грамматической структуры речи
- г. Утратой целенаправленности мышления
- д. Верно а. и б.
79. Отличием разорванного и бессвязного мышления является (ПК-5)
- а. Распад смысловой структуры речи только при разорванном мышлении
- б. Распад смысловой структуры речи только при бессвязном мышлении
- в. Распад синтаксической и грамматической структуры речи только при разорванном мышлении
- г. Распад синтаксической и грамматической структуры речи только при бессвязном мышлении
- д. Верно а. и г.
80. Навязчивости характеризуются (ПК-5)
- а. Отсутствием критики
- б. Навязчивым характером галлюцинаций
- в. Непроизвольным возникновением мыслей, представлений, воспоминаний и т.п.
- г. Насильственным возникновением мыслей, представлений, воспоминаний и т.п.
- д. Верно все перечисленное
81. Навязчивые мысли характеризуются (ПК-5)
- а. Чуждым, мешающим содержанием собственных мыслей
- б. Ощущением появления «чужих» мыслей
- в. Неконтролируемым произнесением возникающих мыслей вслух
- г. Звучащим характером мыслей
- д. Верно все перечисленное
82. Навязчивые страхи характеризуются (ПК-5)
- а. Чувством «внешней угрозы»
- б. Чувством постороннего влияния
- в. Частым сочетанием с ритуалами в поведении
- г. Частым сочетанием с галлюцинациями воображения
- д. Верно все перечисленное
83. К фобиям относятся (ПК-5)
- а. Страх, что собственные мысли известны окружающим
- б. Страх перед публичным выступлением
- в. Страх заболеть психическим заболеванием
- г. Верно б. и в.
- д. Верно все перечисленное
84. Для паранойяльного синдрома характерно (ПК-5)
- а. Галлюцинации, явления психического автоматизма
- б. Бредовые идеи воздействия
- в. Паралогическая интерпретация реальных событий
- г. Фантастические бредовые идеи величия
- д. Верно в. и г.
85. Для парафренного синдрома характерно все, кроме (ПК-5)
- а. Бредовых идей преследования
- б. Галлюцинаций, психического автоматизма
- в. Бредовых идей величия
- г. «Солнечной» мании
- д. Кроме а. и б.
86. Для парафренного синдрома характерно (ПК-5)
- а. Бредовые идеи величия
- б. Галлюцинации, психические автоматизмы
- в. «Солнечное» настроение
- г. Верно а. и б.
- д. Верно все перечисленное
87. К разновидностям парафренного синдрома относятся (ПК-5)
- а. Систематизированная парафрения
- б. Фантастическая парафрения
- в. Меланхолическая парафрения
- г. Верно а. и б.
- д. Верно все перечисленное
88. К разновидностям парафренного синдрома относятся (ПК-5)
- а. Экспансивная парафрения
- б. Конфабуляторная парафрения
- в. Галлюцинаторная парафрения
- г. Верно а. и б.
- д. Верно все перечисленное
89. К депрессивным идеям относятся все перечисленные, кроме (ПК-5)
- а. Идей самоуничтожения
- б. Идей ушерб
- в. Идей самообвинения
- г. Ипохондрических идей
- д. Кроме б. и г.
90. К депрессивным идеям относятся (ПК-5)
- а. Идеи самоуничтожения
- б. Идеи ушерб
- в. Идеи отношения
- г. Идеи отравления
- д. Идеи особого значения
91. К проявлениям синдрома Кандинского-Клерамбо относятся все перечисленные, кроме (ПК-5)
- а. Моторного автоматизма
- б. Сенсорного автоматизма
- в. Идеаторного автоматизма
- г. Амбулаторного автоматизма
- д. Речедвигательных галлюцинаций Сегла
92. К проявлениям синдрома Кандинского-Клерамбо относятся (ПК-5)
- а. Амбулаторный автоматизм
- б. Речедвигательные галлюцинации Сегла
- в. Автоматическая подчиняемость
- г. Верно б. и в.
- д. Неверно все перечисленное
93. Симптом открытости мыслей относится к (ПК-5)
- а. Идеаторному психическому автоматизму
- б. Сенсорному психическому автоматизму

- в. Речедвигательным галлюцинациям Сегла
г. Псевдогаллюцинациям
д. Истинным галлюцинациям
94. Для синдрома Кандинского-Клерамбо характерны (ПК-5)
а. Истинные галлюцинации
б. Псевдогаллюцинации
в. Парейдолии
г. Вербальные иллюзии
д. Грезы
95. К речедвигательным галлюцинациям Сегла относятся (ПК-5)
а. Импульсы к произнесению фраз с чувством постороннего влияния
б. Беззвучные движения губ и языка с чувством постороннего влияния
в. Произнесение слов и фраз вслух с ощущением, что это насильственно вызвано извне
г. Верно а. и б.
д. Верно все перечисленное
96. Для синдрома Кандинского-Клерамбо наиболее характерны бредовые идеи (ПК-5)
а. Особого значения
б. Воздействия
в. Отравления
г. Ущерба
д. Инсценировки
97. Симптом «преследуемого преследователя» в поведении больного наиболее ярко проявляется при (ПК-5)
а. Паранойальном синдроме
б. Параноидном синдроме
в. Парафреническом синдроме
г. Синдроме Кандинского-Клерамбо
д. Бреду двойников
98. Для синдрома Капгра характерно все, кроме (ПК-5)
а. Бреда положительного двойника
б. Видения собственного двойника
в. Симптома Фреголи
г. Бреда отрицательного двойника
д. Бреда интерметаморфозы
99. Дистормоманический синдром представляет собой (ПК-5)
а. Идеи наличия у себя тяжелого заболевания
б. Убежденность в собственном уродстве или физическом недостатке
в. Убежденность, что внутри все «сгнило», «ничего не осталось»
г. Верно а. и б.
д. Верно а. и в.
100. Для бреда Котара характерны (ПК-5)
а. Идеи величия
б. Идеи отсутствия, омертвения внутренних органов
в. Идеи наличия у себя тяжелой неизлечимой болезни
г. Отрицательные галлюцинации
д. Все перечисленное
101. Сверхценные идеи характеризуются (ПК-5)
а. Возникновением на основе реальных обстоятельств
б. Наличием выраженного аффективного напряжения
в. Наличием галлюцинаций
г. Верно а. и б.
д. Верно все перечисленное
102. Синдром сверхценных идей характеризуется всем перечисленным, кроме (ПК-5)
а. Наличия суждений, в озникающих на основе реальных обстоятельств
б. Приобретения суждениями в сознании больного доминирующего места
в. Наличия выраженного аффективного напряжения
г. Склонности при определенных условиях с течением времени блекнуть и исчезать
д. Целиком ошибочных, неправильных умозаключений
103. Сверхценные идеи могут иметь следующее содержание (ПК-5)
а. Реформаторства
б. Воздействия
в. Дистормоманическое
г. Верно а. и в.
д. Верно все перечисленное
104. Интерпретативный бред (бред толкования) характеризуется всем перечисленным, кроме (ПК-5)
а. Нарушения абстрактного познания действительности
- б. Построения системы бреда на цепи доказательств, обнаруживающих субъективную логику
в. Крайне односторонней трактовки фактов доказательств и игнорирования фактов, противоречащих излагаемой концепции
г. Непрерывной внутренней работы над содержанием бреда
д. Нарушения чувственного познания окружающего мира
105. Интерпретативный бред характеризуется (ПК-5)
а. Систематизацией бреда на основе паралогических доказательств
б. Отрешенностью больного от окружающего мира
в. Псевдогаллюцинациями
г. Истинными галлюцинациями
д. Верно а. и в.
106. Патологический аффект отличается от физиологического (ПК-5)
а. Наличием помраченного сознания
б. Наличием галлюцинаций
в. Большей длительностью
г. Внезапным началом
д. Внезапным прекращением
107. Апатия характеризуется (ПК-5)
а. Черствостью, бессердечием, бесцеремонным поведением
б. Отсутствием эмоциональных проявлений, равнодушием
в. Снижением настроения с тоской, тревогой
г. Верно б. и в.
д. Неверно все перечисленное
108. Наиболее типичным эмоциональным состоянием при апатии является (ПК-5)
а. Подавленность
б. Равнодушие
в. Экспансивность
г. Тревога
д. Эйфория
109. Эмоциональная лабильность характеризуется (ПК-5)
а. Чрезмерно легким возникновением эмоциональных проявлений
б. Качественным несоответствием эмоции вызвавшей ее ситуации
в. Возможностью аффективных вспышек с бурным проявлением эмоций
г. Верно а. и в.
д. Верно все перечисленное
110. Эксплозивность характеризуется (ПК-5)
а. Чрезмерной эмоциональной возбудимостью
б. Вспышками гнева
в. Возможностью агрессивных действий
г. Верно б. и в.
д. Верно все перечисленное
111. Эйфория характеризуется (ПК-8)
а. Повышенной двигательной активностью
б. Ускоренным мышлением
в. Благодушным настроением
г. Дурашливостью в поведении
д. Верно а. и в.
112. К депрессивной триаде симптомов относится (ПК-5)
а. Снижение настроения
б. Депрессивные идеи самоуничужения, самообвинения, ипохондрические идеи
в. Суицидные мысли
г. Верно б. и в.
д. Верно все перечисленное
113. Для «солнечной» мании характерно все, кроме (ПК-5)
а. Маниакального возбуждения
б. «Скачки идей»
в. Идеи величия
г. Сверхизменчивости внимания
д. Раздражительности
114. Скрытая депрессия может проявляться (ПК-5)
а. Картиной соматического заболевания
б. Картиной дипсомании (патологического влечения к алкоголю)
в. Бредом преследования
г. Верно а. и б.
д. Верно все перечисленное
115. Для кататонического возбуждения характерны (ПК-5)
а. Парамимии
б. Парапраксии
в. Парамнезии

- г. Верно а. и б.
д. Верно все перечисленное
116. Для кататонического ступора характерно все, кроме (ПК-5)
а. Симптома хоботка
б. Симптома воздушной подушки
в. Вербигерации
г. Восковой гибкости
д. Негативизма
117. К простым вариантам депрессивного синдрома относятся все перечисленные, кроме (ПК-5)
а. Анестетической депрессии
б. Тревожной депрессии
в. Ступорозной депрессии
г. Депрессии с бредом осуждения
д. Депрессии с бредом самообвинения
118. Простой вариант депрессивного синдрома может проявляться (ПК-5)
а. Анестетической депрессией
б. Тревожной депрессией
в. Депрессии с бредом преследования
г. Верно а. и б.
д. Верно все перечисленное
119. Для маниакального идеаторного возбуждения характерно (ПК-5)
а. Гипермнезия
б. Ускорение ассоциаций
в. Отвлекаемость со скачкой идей
г. Идеаторная «спутанность»
д. Все перечисленное
120. Гебефреническое возбуждение проявляется всем перечисленным, кроме (ПК-5)
а. Дурашливости, гримасничанья
б. Преобладания выражения восторга, экстаза
в. Нелепого, бессмысленного хохота
г. Прыжков, кривляния
д. Неуместных плоских шуток
121. Гебефреническое возбуждение проявляется: (ПК-5)
а. Дурашливостью, гримасничаньем
б. Нелепым, бессмысленным хохотом
в. Повышенным настроением, восторгом, экстазом
г. Верно а. и б.
д. Верно все перечисленное
122. Абулия проявляется всем перечисленным, исключая (ПК-5)
а. Отсутствие побуждения
б. Утраты желания
в. Отказ от речи (мутизм)
г. Полную безучастность и бездеятельность
д. Прекращение общения вследствие исчезновения откликаемости
123. Абулия проявляется (ПК-5)
а. Отсутствием побуждений
б. Утратой желаний
в. Безучастностью, бездеятельностью
г. Прекращением общения вследствие исчезновения откликаемости
д. Всем перечисленным
124. К вариантам астенического синдрома относятся (ПК-8)
а. Гиперэргический
б. Гипоэргический
в. Анэргический
г. Верно б. и в.
д. Верно все перечисленное
125. Астенический синдром характеризуется всем перечисленным, кроме (ПК-5)
а. Физической истошаемости
б. Психической истошаемости
в. Эмоциональной лабильности
г. Астенической спутанности
д. Вегетативных нарушений
126. Астенический синдром характеризуется всем перечисленным, кроме (ПК-5)
а. Физической истошаемости
б. Психической истошаемости
в. Фиксационной амнезии
г. Аффективной лабильности
д. Вегетативной лабильности
127. Для астенического синдрома после соматического заболевания характерно (ПК-5)
а. Эмоциональная лабильность
б. Повышенная утомляемость и истошаемость
в. Гиперстезия
г. Сомноленция
д. Сомато-вегетативные нарушения
128. При астеническом синдроме наблюдаются (ПК-5)
а. Апрозексия
б. Повышенная истошаемость внимания
в. Чрезмерная концентрация внимания
г. Тугоподвижность внимания
д. Отсутствие нарушения внимания
129. Антероградная амнезия характеризуется (ПК-5)
а. Утратой воспоминаний о событиях, непосредственно следовавших за окончанием бессознательного состояния или другого расстройства психики
б. Распространением подобного забвения на различный период (часы, дни, недели)
в. Правильным поведением больных в этот, затем забытый период
г. Всеми перечисленным
д. Ничем из перечисленного
130. Ослабление избирательной репродукции (ПК-5)
а. Относится к наиболее ранним проявлениям ухудшения памяти
б. Проявляется затруднением воспроизведения необходимого в данный момент материала
в. В первую очередь, затруднением в воспроизведении дат, имен, названий, терминов
г. Всем перечисленным
д. Ничем из перечисленного
131. Псевдореминисценция – это (ПК-5)
а. Ложное воспоминание неправдоподобного фантастического характера
б. Восприятие новой обстановки как уже пережитой ранее
в. Неправильное воспоминание времени происшедших событий
г. Невозможность идентифицировать источник воспоминания
д. Затруднение воспроизведения хорошо известной информации
132. При простом амнестическом синдроме наиболее характерна (ПК-5)
а. Антероградная амнезия
б. Прогрессирующая амнезия
в. Аффектогенная амнезия
г. Фиксационная амнезия
д. Анэuforia
133. При психоорганическом синдроме характерно все перечисленное, кроме (ПК-5)
а. Снижения памяти
б. Амнестической дезориентировки
в. Нарушения интеллектуально-познавательных способностей
г. Эмоциональной лабильности
д. Нарушения внимания
134. К вариантам психоорганического синдрома, по К. Шнайдеру, относятся все перечисленные, исключая (ПК-5)
а. Астенический
б. Апатический
в. Конфабуляторный
г. Эксплозивный
д. Эйфорический
135. Задержка психического развития характеризуется (ПК-2)
а. Сохранностью навыков абстрагирования (абстрактного мышления)
б. Преодолением задержки при своевременной коррекционной работе
в. Сохранением интеллекта на пограничном уровне при своевременной коррекционной работе
г. Верно а. и б.
д. Верно а. и в.
136. Задержка психического развития характеризуется (ПК-2)
а. Преодолением задержки при своевременной коррекционной работе
б. Сохранением интеллекта на пограничном уровне при своевременной коррекционной работе
в. Отсутствием абстрактного мышления
г. Верно а. и в.
д. Верно а. и б.
137. К клинко-физиологическим вариантам нарушений

- интеллектуального развития, по Д. Н. Исаеву и С. С. Мнухину, относятся (ПК-2)
- а. Стенический
 - б. Астенический
 - в. Атонический
 - г. Дисфорический
 - д. Верно все перечисленное
138. При дебильности наблюдается (ПК-2)
- а. Способность только к самообслуживанию, реже – простейшие трудовые навыки
 - б. Стереотипная двигательная активность, элементарные импульсивные действия
 - в. Способность к овладению несложными конкретными трудовыми навыками
 - г. Ограничение словарного запаса до нескольких десятков слов
 - д. Сохранность абстрактного мышления
139. При имбецильности наблюдается (ПК-8)
- а. Способность к овладению простыми конкретными трудовыми навыками
 - б. Способность к самообслуживанию
 - в. Стереотипная двигательная активность, элементарные импульсивные действия
 - г. Ограничение словарного запаса до нескольких десятков слов
 - д. Верно в. и г.
140. При идиотии наблюдается (ПК-2)
- а. Способность к овладению простыми конкретными трудовыми навыками
 - б. Способность к самообслуживанию
 - в. Ограничение словарного запаса до нескольких десятков слов
 - г. Стереотипная двигательная активность, элементарные импульсивные действия
 - д. Верно б. и в.
141. Деменция разделяется на (ПК-2)
- а. Тотальную и парциальную
 - б. Амнестическую и дисмнестическую
 - в. Психотическую и непсихотическую
 - г. Прогрессирующую и регрессирующую
 - д. Стеническую и астеническую
142. Лакунарная деменция характеризуется (ПК-2)
- а. Сохранностью основных черт личности в начальном периоде
 - б. Сохранностью критики, попытками компенсировать имеющиеся нарушения в начальном периоде
 - в. Трансформацией в тотальную деменцию на поздней стадии
 - г. Верно а. и в.
 - д. Верно все перечисленное
143. Общими признаками нарушения сознания, по К. Ясперсу, являются все перечисленные, кроме (ПК-5)
- а. Отрешенности от окружающего мира
 - б. Психомоторной заторможенности
 - в. Нарушения мышления
 - г. дезориентировки
 - д. Амнезии
144. Обнубиляция проявляется (ПК-5)
- а. Замедленностью реакций
 - б. Появлением «облачности сознания», «вуали на сознании»
 - в. Частой беспечностью настроения
 - г. Всем перечисленным
 - д. Ничем из перечисленного
145. Спор проявляется (ПК-5)
- а. Замедленностью реакций, в первую очередь, речевых
 - б. Возможностью простых ответов
 - в. Отсутствием речевого контакта
 - г. Разорванностью мышления
 - д. Бессвязной речью
146. Основным симптомом делирия является (ПК-5)
- а. Психомоторное возбуждение
 - б. Истинные галлюцинации
 - в. Гиперестезия
 - г. Гипнагогические галлюцинации
 - д. Остро возникающий бред преследования
147. К стадиям делирия относятся все, кроме (ПК-5)
- а. Инициальной
 - б. Стадии парейдолических иллюзий и гипнагогических галлюцинаций
 - в. Стадии аффективно-бредовой деперсонализации
 - г. Развернутой стадии
 - д. Кроме а. и б.
148. Психомоторное возбуждение у больного с делирием (ПК-5)
- а. Отмечается лишь на инициальной стадии делирия
 - б. Соответствует содержанию галлюцинаций
 - в. Усиливается в случае развития тяжелых форм делирия
 - г. Верно а. и б.
 - д. Верно все перечисленное
149. Психомоторное возбуждение у больного с делирием (ПК-5)
- а. Соответствует содержанию галлюцинаций
 - б. Усиливается в первую половину дня
 - в. Усиливается в случае развития тяжелых форм делирия
 - г. Верно а. и б.
 - д. Верно все перечисленное
150. Мусситирующий (бормочущий) делирий проявляется всем перечисленным, исключая (ПК-5)
- а. Совершение профессиональных движений
 - б. Хаотическое беспорядочное возбуждение обычно в пределах постели
 - в. Невнятное бессвязное бормотание
 - г. Развитие на высоте возбуждения хореоформных гиперкинезов
 - д. Возможность развития карфологии
151. В терапии делирия применяется все перечисленное, кроме (ПК-6)
- а. Транквилизаторов
 - б. Дезинтоксикации
 - в. Антидепрессантов
 - г. Нейролептиков
 - д. Метаболической терапии
152. К амбулаторным автоматизмам относится все перечисленное, кроме (ПК-5)
- а. Сомноленции
 - б. Снохождения
 - в. Сноговорения
 - г. Фуг
 - д. Трансов
153. Аментивное помрачение сознания характеризуется (ПК-5)
- а. Наплывом ярких грез
 - б. Разорванным мышлением
 - в. Эйфорией
 - г. Целенаправленным двигательным возбуждением
 - д. Бессвязной речью
154. Аментивное помрачение сознания характеризуется (ПК-5)
- а. Бессвязной речью
 - б. Разорванным мышлением
 - в. Эйфорией
 - г. Целенаправленным двигательным возбуждением
 - д. Верно б. и в.
155. Астеническая спутанность представляет собой (ПК-5)
- а. Более тяжелый, чем аменция, вариант спутанности сознания
 - б. Менее тяжелый, чем аменция, вариант спутанности сознания
 - в. Вариант сумеречного помрачения сознания
 - г. Разновидность тяжелого делирия
 - д. Легкий вариант делирия
156. Астеническая спутанность представляет собой (ПК-5)
- а. Легкий вариант аменции
 - б. Вариант сумеречного помрачения сознания
 - в. Разновидность тяжелого делирия
 - г. Легкую степень оглушения
 - д. Среднюю степень оглушения
157. Онейроид проявляется всем перечисленным, кроме (ПК-5)
- а. Отрешенности от окружающей обстановки
 - б. Ощущения себя участником фантастических событий
 - в. Эха мыслей
 - г. Преобладания визуализированных фантастических представлений
 - д. Несоответствием между содержанием сознания и двигательной активностью
158. К стадиям онейроида, по Стоянову С. Т. (1968) и Пападопулосу Т. Ф. (1975), относятся все, кроме (ПК-5)
- а. Стадии бредового аффекта
 - б. Стадии аффективно-бредовой дереализации и деперсонализации

- в. Стадии фантастической аффективно-бредовой дереализации и деперсонализации
- г. Стадии иллюзорно-фантастической дереализации и деперсонализации
- д. Стадии вихревой спутанности мышления
159. Этап ориентированного онейроида проявляется всем перечисленным, исключая (ПК-5)
- а. Возникновение непроизвольного фантазирования с яркими представлениями о полетах, путешествиях, войнах, мировых катастрофах
- б. Сохранение восприятия реального мира и ориентировки в окружающем
- в. Наплыв истинных зрительных галлюцинаций
- г. Легкое изменение фантастических бредовых построений под влиянием изменений окружающего, нарушение чувства времени
- д. Преобладание или растерянно-патетического возбуждения, или субступора
160. Ориентированный онейроид проявляется всем перечисленным, исключая (ПК-5)
- а. Непроизвольное фантазирование с яркими представлениями – грезами
- б. Сосуществование грез с восприятием реального мира
- в. Искаженное восприятие формы, размеров окружающих предметов
- г. Легкое изменение фантастических переживаний под влиянием изменений окружающего
- д. Растерянно-патетическое возбуждение или субступор
161. Астенический синдром характеризуется всем перечисленным, кроме (ПК-5)
- а) слабости
- б) психической истощаемости
- в) эпизодов сновидного помрачения сознания
- г) нарушений сна
- д) отвлекаемости внимания
162. Для астенического синдрома после соматического заболевания характерно все перечисленное, кроме (ПК-5)
- а) эмоциональной неустойчивости, сниженного настроения
- б) утомляемости, истощаемости
- в) гиперстезии
- г) истинных галлюцинаций
- д) сомато-вегетативных нарушений
163. Астенический синдром как следствие черепно-мозговой травмы характеризуется всем перечисленным, кроме (ПК-5)
- а) проявлений раздражительной слабости
- б) аффективной лабильности
- в) явлений «усталости, не ищущей себе покоя»
- г) ментизма
- д) головных болей и вегетативных нарушений
164. Для астенического синдрома при атеросклерозе характерно все перечисленное, исключая (ПК-5)
- а) резко выраженную утомляемость
- б) утрату способности к продолжительному умственному и физическому напряжению
- в) восстановление работоспособности после продолжительного отдыха
- г) легкие нарушения сознания в виде обнубиляции
- д) легкость перехода от сниженного настроения со слезливостью к благодушию и эйфории
165. Классическая депрессивная триада характеризуется (ПК-5)
- а) эмоциональным торможением
- б) двигательным торможением
- в) идеаторным торможением
- г) всем перечисленным
- д) ничем из перечисленного
166. Для депрессивной триады характерно все перечисленное, кроме (ПК-5)
- а) аффекта тоски
- б) двигательного торможения
- в) меланхолического раптуса
- г) идеаторного торможения
- д) депрессивного содержания мышления
167. Депрессивное идеаторное торможение может быть выражено всеми проявлениями, кроме (ПК-5)
- а) концентрации мышления на депрессивной фабуле
- б) затруднения запоминания
- в) затруднения воспроизведения
- г) явлений прогрессирующей амнезии
- д) депрессивного моноидеизма
168. К признакам депрессивного двигательного торможения относятся все перечисленные, исключая (ПК-5)
- а) замедление движений
- б) бедность мимики
- в) ощущение мышечной слабости
- г) повышенную чувствительность
- д) явления депрессивного ступора
169. К простым вариантам депрессивного синдрома относятся все перечисленные, кроме (ПК-5)
- а) анестетической депрессии
- б) тревожной депрессии
- в) ступорозной депрессии
- г) депрессии с бредом осуждения
- д) депрессии с бредом самообвинения
170. К сложным вариантам депрессивного синдрома относятся все перечисленные, кроме (ПК-5)
- а) ипохондрической депрессии
- б) депрессии с интерпретативным бредом
- в) депрессии с бредом ущерба
- г) депрессии с бредом самоуничтожения
- д) депрессии с чувственным бредом
171. К соматическим признакам депрессии относятся (ПК-5)
- а) запоры
- б) дисменорея
- в) похудание
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного
172. К соматическим признакам депрессий могут относиться (ПК-5)
- а) повышение веса
- б) отсутствие аппетита
- в) постарение
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного
173. Диагностическое значение имеют следующие признаки депрессии (ПК-5)
- а) наличие или отсутствие суточных колебаний настроения
- б) наличие или отсутствие в анестетических депрессиях компонента «болезненной психической анестезии»
- в) депрессивный ступор
- г) все перечисленные
- д) ничего из перечисленного
174. К простым вариантам маниакального синдрома относятся все перечисленные, кроме (ПК-5)
- а) гневливой мании
- б) веселой мании
- в) спутанной мании
- г) мании с чувственным бредом
- д) непродуктивной мании
175. К сложным маниям относятся все перечисленные, исключая (ПК-5)
- а) манию с интерпретативным бредом
- б) манию с чувственным бредом
- в) спутанную манию
- г) манию с галлюцинозом
- д) манию с онейроидом
176. С наличием гипоманиакального состояния могут быть связаны следующие проявления (ПК-5)
- а) повышенный аппетит
- б) нарушение сна
- в) расторможение влечений
- г) все перечисленные
- д) ни одно из перечисленных
177. Маниакальная триада характеризуется (ПК-5)
- а) повышенным настроением
- б) ускорением ассоциаций
- в) двигательным возбуждением
- г) всем перечисленным
- д) ничем из перечисленного
178. Маниакальное идеаторное возбуждение может быть выражено всеми перечисленными признаками, исключая (ПК-5)
- а) гипермнезию
- б) конфабуляцию
- в) ускорение ассоциаций
- г) явления отвлекаемости со скачкой идей
- д) идеаторную "спутанность"
179. Признаками гипоманиакального состояния являются (ПК-5)
- а) повышенная активность

- б) повышение настроения
в) нарушение сна
г) все перечисленные
д) ни один из перечисленных
180. Обсессивный синдром характеризуется (ПК-5)
а) возникновением чувств, мыслей, воспоминаний, влечений, двигательных актов и т.д. помимо желания
б) сознанием их болезненности, критическим отношением к ним
в) бессилием в противоборстве, преодолением ценой изнуряющих страданий
г) всем перечисленным
д) ничем из перечисленного
181. К отвлеченным навязчивостям относятся все перечисленные, исключая (ПК-5)
а) бесплодное мудрствование (умственная жвачка)
б) навязчивый счет
в) навязчивое воспроизведение в памяти забытых имен, терминов и т.д.
г) навязчивое чувство антипатии
д) навязчивое разложение на отдельные слоги различных слов
182. Навязчивое чувство антипатии характеризуется (ПК-5)
а) возникающим, помимо воли и вопреки действительному отношению, чувству неприязни, ненависти, отвращения к человеку
б) возникновением отчаяния из-за подобного чуждого чувства
в) невозможностью избавиться от него
г) всем перечисленным
д) ничем из перечисленного
183. Навязчивые влечения характеризуются всем перечисленным, кроме (ПК-5)
а) появления вопреки разуму, воли и чувству
б) стремления совершать какое-либо бессмысленное, часто опасное действие
в) острого овладения рассудком, подчиняя себе все поведение больного
г) возникновения при этом страха, связанного с представлением о возможности подобных действий
д) возникновения при этом страха, связанного также с непонятностью появления чуждого влечения
184. Навязчивый страх (фобия) характеризуется всем перечисленным, кроме (ПК-5)
а) интенсивного и непреодолимого страха, охватывающего больного
б) понимания его бессмысленности, попытками справиться с ним
в) наличия конкретного содержания
г) неопределенного чувства страха, без понимания его бессмысленности
д) возможности быть всеохватывающим
185. Навязчивые сомнения характеризуются всем перечисленным, исключая (ПК-5)
а) назойливую неуверенность в правильности и законченности совершенных действий
б) сомнение в правильности и точности исполнения
в) стремление проводить перепроверки
г) успокоение больного многократными проверками
д) возможность продолжаться до бесконечности
186. Навязчивые опасения характеризуются всем перечисленным, кроме (ПК-5)
а) неустранимой вопреки воле и рассудку неуверенности в удачном выполнении привычных или автоматизированных действий
б) ощущения воздействия посторонней силы
в) отношения к образным (чувственным) навязчивостям
г) близости к навязчивым сомнениям
д) возможности действительного нарушения соответствующих как произвольных, так и произвольных действий
187. К навязчивым ритуалам относятся все перечисленные, кроме (ПК-5)
а) навязчивых движений и действий, возникающих совместно с другими образными навязчивостями
б) действия, совершаемого под воздействием чужой воли
в) имеющих значение заклинаний, защиты
г) воспроизводящихся вопреки разуму для предупреждения мнимого несчастья или преодоления другого вида навязчивости
188. Синдром деперсонализации характеризуется всем перечисленным, кроме (ПК-5)
а) расстройства самосознания личности, отчуждения психических свойств личности
б) нарушения сознания
в) чувства изменения, утраты или раздвоения своего Я
г) расстройства самосознания витальности и активности
д) расстройства самосознания целостности
189. В сравнительно легких случаях деперсонализация выражается всем перечисленным, исключая (ПК-5)
а) ощущение внутренней измененности, касающейся чувств и мыслей
б) восприятие окружающей обстановки как безжизненной
в) блеклое, безжизненное, приглушенное осознание себя
г) ощущение наблюдения себя как бы со стороны
д) возможность утраты чувств, возможной утраты собственного Я
190. В более тяжелых случаях деперсонализация проявляется всем перечисленным, кроме (ПК-5)
а) ощущения нереальности окружающего
б) отчуждения мыслей, отчуждения чувств
в) отчуждения действий, поступков
г) отчуждения представлений, воспоминаний
д) восприятия их как искусственно созданных воздействием извне
191. В самых тяжелых случаях деперсонализация проявляется всем перечисленным, исключая (ПК-5)
а) утрату чувственного восприятия предметов
б) феномен расщепления Я
в) утверждение, что существуют два несогласных Я
г) утверждение, что каждое из этих Я по-разному воспринимает окружающее, думает, действует
д) ощущение, что подобное расщепление происходит под воздействием внешних сил
192. К проявлениям физической (телесной) деперсонализации относятся (ПК-5)
а) чувство отчуждения своего голоса
б) ощущение, что тело, отдельные части его стали чужими
в) наблюдение за своими действиями как бы со стороны
г) все перечисленные
д) ни одно из перечисленных
193. К расстройству самосознания витальности относится все перечисленное, кроме (ПК-5)
а) снижения или исчезновения чувства собственной жизни
б) понижения восприимчивости внешних раздражителей
в) ослабления переживания телесной жизнедеятельности (в легких случаях)
г) утраты чувства, что живут, что есть (в тяжелых случаях)
д) ослабления физического благополучия, тонаса телесного существования
194. К расстройству самосознания целостности относится все перечисленное, кроме (ПК-5)
а) ощущения расстройства «схемы тела» (увеличения и смещения)
б) нарушения осознания себя как единого неразрывного целого
в) возникновения переживания внутреннего распада, раздвоения, вызывающего панический страх
г) сосуществования двух несогласованных Я, находящихся в постоянном противоречии
д) возможности отчуждения частей собственного тела
195. К расстройству границ самосознания относится все перечисленное, исключая (ПК-5)
а) ослабление вплоть до полного исчезновения границ Я и не Я
б) ослабление вплоть до полного исчезновения различия между миром внутренним и внешним
в) появление полного равнодушия, безучастия ко всему окружающему
г) ослабление вплоть до полного исчезновения различия между реальностью и образами, созданными акустическим миром больных
196. К расстройству идентичности самосознания относится все перечисленное, исключая (ПК-5)

- а) неуверенность в непрерывности самосознания от рождения до данного момента
 б) прекращение осознания себя, кто он
 в) в легких случаях ощущение отдаленности своего Я
 г) в тяжелых случаях исчезновение уверенности "Я есть, Я сам"
 д) дезориентировку в ситуации
197. Деревализация характеризуется всем перечисленным, кроме
 а) искажения величины и формы воспринимаемых (ПК-5) предметов и пространства
 б) чувства призрачности окружающего
 в) восприятия внешнего мира призрачным, неотчетливым
 г) утраты чувства действительности
 д) сомнения в реальности существования окружающих предметов, людей
198. Деревализационные расстройства проявляются всем перечисленным, кроме (ПК-5)
 а) ослабления олицетворения неодушевленных предметов (окружающее лишено эмоционального резонанса, безжизненно, мертво)
 б) неспособности определять год, месяц, число, время года, день недели
 в) восприятия окружающего зловеще-настороженным, мистически таинственным, необычно радостным
 г) возникновения ощущения, что рядом кто-то находится, что непосредственно переживается, с одновременным осознанием ошибочности возникающего чувства
 д) нарушения способности восприятия в виде невозможности устанавливать связи явлений и понимать смысл происходящего
199. Сенестопатии характеризуются всем перечисленным, кроме ПК-5
 а) разнообразных, крайне мучительных, тягостных ощущений в различных частях тела
 б) необычности, вычурности ощущений
 в) отсутствия констатируемых соматическими методами исследований причин
 г) частых сочетаний с ипохондрическими расстройствами
 д) восприятия, искажения формы и величины своего тела
200. Ипохондрический синдром проявляется всем ПК-5 перечисленным, исключая
 а) чрезмерно утрированное внимание к здоровью
 б) убежденность в существующем заболевании
 в) подавленное настроение с сенестопатиями и мыслями о неизлечимой болезни
 г) бредовую убежденность в существовании несуществующей болезни
 д) разнообразные, крайне мучительные и тягостные ощущения
201. Особенностью паранойяльной ипохондрии является все перечисленное, кроме ПК-5
 а) твердой убежденности в некоем заболевании
 б) убеждения, что болезнь развилась в результате воздействия гипноза и т.д.
 в) наличия системы доказательств заболевания
 г) упорного требования обследования
 д) проявления кверулянтской активности при попытке переубеждения
202. Истерический припадок проявляется всем перечисленным, кроме (ПК-5)
 а) припадка с клонической и тонической фазой
 б) разнообразных сложных, выразительных движений
 в) сопровождающегося помрачением сознания
 г) психогенной обусловленности
 д) усиления и затягивания при скоплении людей вокруг
203. Малые истерические припадки проявляются всем перечисленным, исключая (ПК-5)
 а) приступы рыдания и хохота
 б) патетическую жестикуляцию
 в) секундную потерю сознания с подергиванием тела и группы мышц
 г) чувство дурноты, учащенное дыхание
 д) беспорядочные движения конечностями
204. Истерические нарушения моторики проявляются всем перечисленным, исключая (ПК-5)
 а) функциональные парезы и параличи
 б) явления астазии-абазии
 в) различные гиперкинезы и тики
 г) психогенную слепоту
- д) блефароспазм, афонию и мутизм
205. Истерические сенсорные нарушения и расстройства чувствительности проявляются всем перечисленным, кроме (ПК-5)
 а) концентрического сужения полей зрения
 б) психогенной слепоты (амавроза)
 в) утраты слуха
 г) гипестезии и анестезии участков тела
 д) наличия характера сделанности этих расстройств
206. Истерические нарушения зрения характеризуются всем перечисленным, кроме (ПК-5)
 а) отсутствия изменений границ на красный цвет при концентрическом сужении полей зрения
 б) острого возникновения, наличия явной или скрытой связи с психогенией
 в) отсутствия нарушения пространственной ориентировки
 г) сохранения реакции на свет
 д) изменений на глазном дне
207. При истерической полной утрате слуха наблюдается все перечисленное, кроме (ПК-5)
 а) сохранения реакции на невербальные звуки и шумы
 б) наличия замыкания глазных щелей при интенсивном внезапном звуке
 в) нарушения барабанной перепонки
 г) сужения зрачков при громких звуках
 д) наличия гипестезии (анестезии) ушных раковин
208. Истерические сумеречные состояния характеризуются всем перечисленным, кроме (ПК-5)
 а) возникновения в памяти всего периода истерического изменения сознания
 б) расстройства сознания с наплывом ярких галлюцинаций, полностью замещающих реальную обстановку
 в) чрезвычайно выразительного, театрального поведения больных
 г) звучания психотравмирующей ситуации
 д) возможности возникновения нестойких бредоподобных идей
209. Синдром сверхценных идей характеризуется всем перечисленным, кроме (ПК-5)
 а) наличия суждений, возникающих вследствие реальных обстоятельств на основе действительных фактов
 б) приобретения этими суждениями в сознании большого доминирующего места
 в) наличия выраженного аффективного напряжения
 г) склонности при определенных условиях с течением времени блекнуть и исчезать
 д) целиком ошибочных, неправильных умозаключений
210. Бредовые идеи характеризуются всем перечисленным, кроме (ПК-5)
 а) несоответствия действительности
 б) доступности исправления, устранения путем убеждения
 в) искажения отражения действительности
 г) полного овладения сознания
 д) невозможности исправления, несмотря на явное противоречие с действительностью
211. Бредовое настроение характеризуется всем перечисленным, кроме (ПК-5)
 а) напряженного предчувствия надвигающейся катастрофы
 б) возникновения этого состояния после "кристаллизации бреда"
 в) необъяснимого мучительного беспокойства
 г) приобретения окружающим иного смысла
 д) восприятия себя и окружающего мира измененным
212. Интерпретативный бред (бред толкования) характеризуется всем перечисленным, кроме (ПК-5)
 а) нарушения абстрактного познания действительности
 б) построения системы бреда на цепи доказательств, обнаруживающих субъективную логику
 в) крайне одностороннего трактования фактов доказательств и игнорирования фактов, противоречащих излагаемой концепции
 г) непрерывной внутренней работы над содержанием бреда
 д) нарушения чувственного познания окружающего мира
213. Синдрому интерпретативного бреда свойственно все перечисленное, кроме (ПК-5)
 а) преобладания образных представлений, наличия растерянности
 б) стойкости и прогрессирования

- в) наличия непрерывной внутренней работы над содержанием бреда, развитием и систематизацией бредовых идей
- г) превращения бредовых идей в постоянное воззрение
- д) повышенной активности
214. Синдром чувственного (образного) бреда характеризуется всем перечисленным, кроме (ПК-5)
- а) наглядно-образного характера, отсутствия активной работы над содержанием бреда
- б) отсутствия последовательной системы доказательств, обоснований
- в) преобладания воображения, фантазии, грез
- г) фрагментарности, неясности, непоследовательности бредовых представлений
- д) последовательного подкрепления искаженного суждения цепью обстоятельств
215. Особенностью острого фантастического бреда является все перечисленное: (ПК-5)
- а) наличия бреда инсценировки, интерметаморфозы
- б) антагонистического бреда
- в) грандиозности, мегаломаничности переживаний
- г) чередования страха и экстаза, боязливости и патетики
- д) все перечисленное
216. Аффективному бреду свойственно (ПК-5)
- а) возникновение вместе с эмоциональными расстройствами
- б) наличие лишь относительной логической последовательности содержания
- в) отсутствие необратимых изменений личности
- г) сравнительно неглубокое и неинертное расстройство психической деятельности
- д) все перечисленное
217. Для резидуального бреда характерно все перечисленное, кроме (ПК-5)
- а) сохранения в качестве моносимптома
- б) сохранения после исчезновения всех других проявлений психоза
- в) обязательности сосуществования с изменениями личности
- г) сохранения при нормализации всего психического состояния, кроме бредового содержания
- д) последующего восстановления критического отношения к бреду
218. Бред инсценировки характеризуется следующим восприятием (ПК-5)
- а) все происходящее сделано специально
- б) вокруг идет как бы инсценировка, разыгрывается спектакль
- в) вокруг все изменяется, перемещается, изменяются лица окружающих
- г) под видом родных приходят незнакомые, а в посторонних узнают родных
- д) всем перечисленным
219. Для галлюцинаций характерно (ПК-5)
- а) восприятие несуществующего
- б) возникновение существующего без реального объекта
- в) наличие произвольно возникающих представлений, проецируемых вовне
- г) характер проекции, неотличимой от реальных объектов
- д) все перечисленное
220. Истинным галлюцинациям свойственно (ПК-5)
- а) произвольное возникновение представлений
- б) проецирование их вовне
- в) яркость, неотличимость от реальных предметов
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного
221. Истинные зрительные галлюцинации могут быть (ПК-5)
- а) бесформенными, с неотчетливой или очерченной формой
- б) с величиной видений натуральной, уменьшенной, увеличенной
- в) бесцветные, цветные
- г) подвижные или неподвижные
- д) все перечисленные
222. Слуховые истинные галлюцинации делятся (ПК-5)
- а) по сложности (элементарные - аоазмы и более сложные)
- б) по интенсивности
- в) по содержанию (безразличные, угрожающие, императивные и т.д.)
- г) по продолжительности (непрерывные и эпизодические)
- д) по всему перечисленному
223. При истинных тактильных галлюцинациях возникают (ПК-5)
- а) ощущение ползания по телу насекомых
- б) ощущение появления на поверхности тела посторонних предметов
- в) ощущение появления под кожей посторонних предметов
- г) все перечисленные ощущения
- д) ни одно из перечисленных ощущений
224. Для висцеральных галлюцинаций характерно все (ПК-5) перечисленное, кроме
- а) ощущения явного присутствия в полости тела инородных предметов
- б) ощущения присутствия в теле живых существ
- в) наличия беспредметных, необычных, тягостных ощущений в разных местах
- г) возможности точного описания своих ощущений
- д) ощущения, что эти предметы неподвижны, шевелятся
225. Гипнагогические галлюцинации проявляются в виде видений (ПК-5)
- а) произвольно возникающих перед засыпанием
- б) возникающих при закрытых глазах
- в) возникающих на темном поле зрения
- г) всех перечисленных
- д) ни одного из перечисленных
226. Галлюцинации мышечного чувства проявляются в виде ощущения (ПК-5)
- а) особой легкости тела
- б) особой легкости членов тела
- в) тяжести тела или его членов
- г) движения языка или других органов
- д) всего перечисленного
227. Аффективные иллюзии характеризуются (ПК-5)
- а) искаженным восприятием, связанным с необычным эмоциональным состоянием
- б) возникновением при патологических изменениях аффекта
- в) возникновением чаще при страхе, тревоге
- г) усилением к вечеру
- д) всем перечисленным
228. Педункулярный галлюциноз характеризуется (ПК-5)
- а) наличием движущихся микроскопических зрительных галлюцинаций
- б) отсутствием страха у больных, отсутствием тягостных ощущений
- в) возникновением чаще в вечернее время
- г) возникновением чаще при поражениях среднего мозга, ножек мозга
- д) всем перечисленным
229. Для псевдогаллюцинации характерно все перечисленное, кроме (ПК-5)
- а) лишения конкретности, реальности
- б) наличия признаков нарушения сознания
- в) безжизненности, беззвучности, бестелесности
- г) интрапроекции внутри организма
- д) наличия характера сделанности
230. Зрительные псевдогаллюцинации характеризуются всем перечисленным, кроме (ПК-5)
- а) характера сделанности
- б) наличия вызываемых, показываемых видений, картин
- в) возникновения при нарушениях сознания
- г) бесформенности или отчетливой формы
- д) простоты или сценородности
231. Слуховые псевдогаллюцинации определяются всем перечисленным, кроме (ПК-5)
- а) возникновения "внутренних", "сделанных", "мысленных" голосов
- б) звучания мыслей
- в) громких мыслей
- г) содержания брани, упреков, предсказаний, приказов и т.д.
- д) ощущения, что языком больного произносятся слова, фразы
232. Вербальные иллюзии характеризуются (ПК-5)
- а) ложным восприятием содержания реального разговора окружающих
- б) восприятием обвинения, укоров, брани, угроз в нейтральных разговорах

- в) возникновением чаще на фоне тревожной подозрительности, страха, относясь к вербальному варианту аффективных иллюзий
г) всем перечисленным
д) ничем из перечисленного
233. Функциональные галлюцинации характеризуются (ПК-5)
а) появлением при существовании реального внешнего раздражения
б) сосуществованием с внешним раздражением, не сливаясь с ним
в) исчезновением с прекращением действия раздражителей
г) всем перечисленным
д) ничем из перечисленного
234. Галлюцинаторно-параноидный синдром характеризуется (ПК-5)
а) сочетанием бреда преследования, воздействия
б) психическими автоматизмами и псевдогаллюцинациями
в) разнообразностью по содержанию (от идеи колдовства и гипноза до самых современных методов преследования)
г) всем перечисленным
д) ничем из перечисленного
235. Идеаторные (ассоциативные) автоматизмы проявляются всем перечисленным, кроме (ПК-5)
а) мнимого воздействия на процессы мышления и другие формы психической деятельности
б) ментизма, симптома открытости, звучания мыслей
в) сделанных неприятными ощущения
г) отнятия мыслей, сделанных мыслей, разматывания воспоминаний
д) сделанных настроением, сделанных чувствами
236. Сенестопатические (сенсорные) автоматизмы проявляются всем перечисленным, кроме (ПК-5)
а) крайне неприятных ощущений, возникающих в результате мнимого воздействия посторонних сил
б) разнообразного характера сделанных ощущений
в) сделанного настроения, сделанного чувства
г) чувства сделанного жара или холода, болезненных ощущений в разных частях тела
д) необычности, вычурности ощущений
237. Кинестетические (моторные) автоматизмы проявляются всем перечисленным, кроме (ПК-5)
а) убеждения, что движения производятся помимо воли, под влиянием извне
б) убеждения, что действиями руководят, двигают их конечностями
в) отнятия мыслей, разматывания воспоминаний
г) проявления ощущения неподвижности, оцепенения
д) речедвигательных автоматизмов
238. Острый галлюцинаторно-параноидный синдром характеризуется ПК-5
а) большой чувственностью бредовых расстройств
б) отсутствием тенденции к систематизации бредовых расстройств
в) выраженностью всех форм психических автоматизмов
г) аффектом страха, тревоги, растерянностью, переходящими кататоническими расстройствами
д) всем перечисленным
239. Хронический галлюцинаторно-параноидный синдром характеризуется (ПК-5)
а) склонностью к систематизации бредовых расстройств
б) частым возникновением на высоте развития явлений бредовой деперсонализации
в) отсутствием растерянности, яркости аффекта
г) всем перечисленным
д) ничем из перечисленного
240. Галлюцинаторный вариант галлюцинаторно-параноидного синдрома характеризуется (ПК-5)
а) преобладанием псевдогаллюцинации
б) небольшим удельным весом психических автоматизмов
в) незначительным удельным весом бреда преследования и воздействия
г) всем перечисленным
д) ничем из перечисленного
241. Бредовый вариант галлюцинаторно-параноидного синдрома характеризуется (ПК-5)
а) преобладанием бредовых идей воздействия и преследования
б) большим удельным весом психических автоматизмов
- в) относительной слабостью выраженности псевдогаллюцинаторных расстройств
г) всем перечисленным
д) ничем из перечисленного
242. Парافренный синдром проявляется всем перечисленным, кроме (ПК-5)
а) сочетания фантастического бреда величия, преследования, воздействия, явлений психического автоматизма, изменениями аффекта
б) правдоподобности высказываний
в) очевидности для больных, неоспоримости их утверждений
г) склонности к расширению бреда, вариантам, обогащению новыми фактами
д) антагонистического бреда
243. Острая парафрения проявляется всем перечисленным, кроме (ПК-5)
а) развития острого чувственного бреда с псевдогаллюцинациями и нестойкими конфабуляциями, нестойкостью, изменчивостью бредовых идей
б) склонности к развитию на высоте сумеречного помрачения сознания
в) яркости аффекта
г) возникновения острого фантастического и антагонистического бреда
д) склонности к развитию на ее высоте онейроида
244. Хроническая парафрения проявляется (ПК-5)
а) стабильностью бреда
б) монотонностью аффекта
в) сравнительно небольшим удельным весом чувственного бреда
г) всем перечисленным
д) ничем из перечисленного
245. Систематизированная парафрения характеризуется (ПК-5)
а) систематизированным фантастическим бредом величия
б) сочетанием с антагонистическим бредом
в) сочетанием с бредом преследования
г) всем перечисленным
д) ничем из перечисленного
246. Галлюцинаторная парафрения характеризуется (ПК-5)
а) наплывом вербальных галлюцинаций
б) преобладанием галлюцинаций над бредовыми расстройствами
в) преобладанием фантастического характера галлюцинаций и бреда
г) всем перечисленным
д) ничем из перечисленного
247. Конфабуляторная парафрения характеризуется (ПК-5)
а) обильными фантастическими конфабуляциями
б) наличием симптома разматывания воспоминаний
в) отсутствием нарушений памяти
г) всем перечисленным
д) ничем из перечисленного
248. Кататонический ступор проявляется всем перечисленным, кроме ПК-5
а) обездвиженности застывшего амимичного лица
б) выраженного депрессивного аффекта
в) повышения мышечного тонуса
г) длительно сохранения одной позы
д) отказа от речи, негативизма
249. Субступорозное состояние проявляется всем перечисленным, кроме ПК-5
а) неполной обездвиженности
б) ложных воспоминаний
в) более или менее выраженного мутизма
г) продолжительного сохранения одного и того же положения тела
д) неестественных, вычурных поз
250. Ступор с явлениями восковой гибкости проявляется всем перечисленным, кроме ПК-5
а) состояния обездвиженности
б) сохранения любого изменения позы
в) резкого напряжения мышц с противодействием при попытке изменить позу
г) появления восковой гибкости в жевательных мышцах, затем в мышцах шеи, верхних и нижних конечностях
д) исчезновения восковой гибкости в обратном порядке
251. Ступор с оцепенением проявляется всем перечисленным, кроме ПК-5

- а) резчайшего мышечного напряжения
 б) постоянного пребывания в одной и той же позе
 в) явлений восковой гибкости
 г) пребывания чаще во внеутробной позе
 д) появления симптома хоботка (вытянутых губ при плотно сжатых челюстях)
252. Апатический (адинамический, аспонтанный) ступор проявляется всем перечисленным, кроме ПК-5
 а) ложных воспоминаний
 б) абсолютной безучастности
 в) полной бездеятельности
 г) крайнего бессилия, доходящего до прострации, бессонницы
 д) утраты воспоминаний об этом состоянии
253. Раптус проявляется (ПК-5)
 а) в наиболее выраженной форме двигательного возбуждения
 б) в неистовом возбуждении внезапно прерывающемся заторможенностью
 в) в том, что больные мечутся, кричат, нанося себе повреждения
 г) всем перечисленным
 д) ничем из перечисленного
254. Депрессивное возбуждение проявляется всем перечисленным, кроме (ПК-5)
 а) двигательного возбуждения
 б) безысходного отчаяния
 в) мучительной, невыносимой тоски
 г) того, что больные стонут, рыдают, пытаются нанести себе повреждения
 д) ощущения сделанности состояния
255. Тревожное возбуждение проявляется (ПК-5)
 а) общим двигательным беспокойством
 б) тревогой, страхом
 в) различной выраженностью агитации
 г) всем перечисленным
 д) ничем из перечисленного
256. Экстатическое (растерянно-патетическое) возбуждение проявляется всем перечисленным, кроме (ПК-5)
 а) хаотического возбуждения с агрессией
 б) театральности поз, декламации, пения и т.д.
 в) преобладания выражения восторга, мистической проникновенности, экстаза
 г) выпренности, непоследовательности речи
 д) возможности эпизодов ступора и субступора
257. Импульсивное возбуждение проявляется всем перечисленным, кроме (ПК-5)
 а) неожиданности поступков
 б) театральности поз
 в) агрессии, неистовой ярости
 г) прерывания кратковременными состояниями ступора
 д) преобладания в речи стереотипно повторяемых слов (эхолалии, вербигерации)
258. Гебефреническое возбуждение проявляется всем перечисленным, кроме ПК-5
 а) дурашливости, гримасничания
 б) преобладания выражения восторга, экстаза
 в) нелепого, бессмысленного хохота
 г) прыжков, кривляния
 д) неуместных плоских шуток
259. Немое (безмолвное) возбуждение проявляется (ПК-5)
 а) хаотическим, бессмысленным, нецеленаправленным возбуждением с агрессией
 б) яростным сопротивлением
 в) нанесением себе и окружающим тяжелых повреждений
 г) всем перечисленным
 д) ничем из перечисленного
260. Импульсивные действия проявляются всем перечисленным, кроме (ПК-5)
 а) характера сделанности
 б) совершения действия без контроля сознания
 в) возникновения при глубоком нарушении психической деятельности
 г) внезапного и стремительного начала
 д) немотивированного и бессмысленного действия
261. Импульсивные влечения проявляются всем перечисленным, кроме ПК-5
 а) острых, время от времени возникающих стремлений, овладевающих рассудком
 б) бессмысленных двигательных возбуждений
 в) влечений, подчиняющих себе поведение большого г) сопровождающихся подавлением всех конкурирующих мыслей, представлений, желаний
 д) неполноты, непоследовательности воспоминаний о времени их господства
262. Онейроидная кататония проявляется (ПК-5)
 а) экстатическим, импульсивным, гебефреническим возбуждением
 б) ступором с явлениями восковой гибкости, ступорозными состояниями
 в) онейроидным помрачением сознания
 г) всем перечисленным
 д) ничем из перечисленного
263. Люцидная кататония проявляется (ПК-5)
 а) кататоническим состоянием
 б) как правило, ступором с негативизмом и оцепенением
 в) отсутствием помрачения сознания
 г) всем перечисленным
 д) ничем из перечисленного
264. Неотложная помощь при остром галлюцинаторно-бредовом, галлюцинаторном и парафреническом состоянии заключается ПК-6
 а) в неотложной госпитализации
 б) в купировании возбуждения нейролептиками седативного действия (аминазин, тизерцин, хлорпротиксен)
 в) в купировании психотической симптоматики нейролептиками-антипсихотиками (галоперидол, стелазин и т.д.)
 г) во всем перечисленном
 д) ни в чем из перечисленного
265. Неотложная помощь при кататоническом возбуждении включает все перечисленное, кроме ПК-6
 а) неотложной госпитализации
 б) инъекционного введения нейролептиков преимущественно седативного действия (аминазин, тизерцин, клозапин)
 в) применения мощных нейролептиков-антипсихотиков (галоперидол)
 г) применения ЭСТ
 д) применения антидепрессантов
266. Синдромы помрачения сознания проявляются всем перечисленным, исключая (ПК-5)
 а) нарушение отражения реального мира как в его внешних, так и внутренних связях
 б) отрешенность от окружающего мира: затруднение или полную невозможность восприятия происходящего вокруг
 в) дезориентировку во времени, месте, окружающих лицах, иногда в собственной личности
 г) бессвязность мышления, наряду со слабостью ли невозможностью выработки суждения, полную или частичную амнезию периода помрачения сознания
 д) чувство сделанности
267. Делирий характеризуется всем перечисленным, кроме ПК-5
 а) кататонических включений
 б) помрачения сознания
 в) наплыва парейдолий и сценородных зрительных галлюцинаций
 г) резко выраженных двигательных возбуждений
 д) при преобладании зрительных галлюцинаций возможность вербальных галлюцинаций, острого чувственного бреда, аффективных расстройств
268. Первая стадия делирия проявляется всем перечисленным, кроме ПК-5
 а) изменчивости настроения, непоследовательности, говорливости, гипертезии
 б) расстройства сна с трудностью засыпания и яркими сновидениями
 в) псевдогаллюцинаторных расстройств
 г) смены приподнятого настроения тревогой, капризностью, обидчивостью
 д) наплыва ярких воспоминаний, образных представлений о прошедших событиях
269. Вторая стадия делирия характеризуется всем перечисленным, исключая ПК-5
 а) кататонические расстройства
 б) преобладание парейдолий
 в) увеличение лабильности аффекта
 г) усиление расстройства сна

- д) появление устрашающих сновидений, которые путают с реальностью
270. Третья стадия делирия характеризуется всем перечисленным, кроме ПК-5
- наплыва зрительных, обычно сценородных галлюцинаций
 - хаотического беспорядочного возбуждения в пределах постели
 - резкого двигательного возбуждения со страхом и тревогой
 - наличия светлых промежутков с астенией
 - усиления галлюцинаторных расстройств к вечеру
271. Мусситирующий (бормочущий) делирий проявляется всем перечисленным, исключая ПК-5
- совершение профессиональных движений
 - хаотическое беспорядочное возбуждение обычно в пределах постели
 - невнятное бессвязное бормотание
 - развитие на высоте возбуждения хореоформных гиперкинезов
 - возможность развития карфологин
272. Профессиональный делирий проявляется ПК-5
- более глубоким, чем при обычном делирии помрачением сознания
 - преобладанием возбуждения в виде автоматизированных двигательных актов под наплывом галлюцинаций
 - глубокой дезориентировкой в окружающей обстановке и отсутствием реакции на окружающее
 - всем перечисленным
 - ничем из перечисленного
273. Оглушение проявляется всем перечисленным, кроме ПК-5
- понижения вплоть до полного исчезновения ясности сознания
 - выраженных галлюцинаторных и бредовых включений
 - повышения порога возбудимости для всех внешних раздражителей
 - замедленности, затруднения мышления, трудности в осмыслении ситуации в целом при правильной оценке наиболее элементарных явлений окружающего
 - аспонтанности, малоподвижности
274. Стадиями оглушения являются (ПК-5)
- обнуляция
 - сомнолентность
 - сопор
 - кома
 - все перечисленные
275. Обнуляция проявляется (ПК-5)
- замедленностью реакций, в первую очередь, речевых
 - появлением "облачности сознания", "вуали на сознании"
 - частой беспечностью настроения
 - продолжительностью от минут до длительного времени
 - всем перечисленным
276. Сомнолентность проявляется всем перечисленным, кроме (ПК-5)
- состояния полусна (большую часть времени лежит с закрытыми глазами)
 - отсутствия спонтанной речи
 - конфабуляторных расстройств
 - правильных ответов на простые вопросы
 - способности внешних раздражителей на некоторое время ослабить симптоматику
277. Сопор проявляется (ПК-5)
- патологическим сном
 - неподвижностью больных (с закрытыми глазами и амимией)
 - вызыванием сильными раздражителями лишь стереотипных недифференцированных защитных реакций
 - всем перечисленным
 - ничем из перечисленного
278. Оглушение возникает в результате всего перечисленного, кроме (ПК-5)
- интоксикаций (алкоголь, угарный газ и т.д.)
 - расстройств обмена веществ (уремии, диабета, печеночной недостаточности)
 - черепно-мозговых травм
 - сосудистых и других органических заболеваний центральной нервной системы
 - фебрильной шизофрении
279. Онейроидное (сновидное) помрачение сознания проявляется всем перечисленным, исключая ПК-5
- полную отрешенность больных от окружающего
 - видоизменение и перевоплощение своего Я
 - фантастическое содержание переживаний
 - дисмнестические расстройства
 - глубокое расстройство самосознания
280. Этапами развития онейроида являются все перечисленные, кроме ПК-5
- экспансивного онейроида
 - ориентированного онейроида
 - фантастически-иллюзорного онейроида
 - грезоподобного онейроида
 - острой парафрении
281. Начальный этап развития онейроида проявляется ПК-5
- лабильностью аффекта
 - преобладанием пониженного настроения с оттенком капризности немотивированной тревоги, либо повышенного настроения с оттенком восторженности, экзальтации
 - возникновением расстройства сна: чередования необычайно ярких сновидений с бессонницей, вегетативными нарушениями (нарушениями аппетита, головными болями, неприятными ощущениями в области сердца)
 - всем перечисленным
 - ничем из перечисленного
282. Этап острой фантастической парафрении проявляется всем перечисленным, кроме ПК-5
- фантастических видоизменений предшествующих психических расстройств
 - появления астенических расстройств
 - приобретения фантастического содержания реальных событий
 - возникновения фантастического ретроспективного бреда
 - возникновения манихейского бреда
283. Этап ориентированного онейроида проявляется всем перечисленным, исключая ПК-5
- возникновение непроизвольного фантазирования с яркими представлениями о полетах, путешествиях, войнах, мировых катастрофах
 - существование такого фантазирования с восприятием реального мира и ориентировкой в окружающем
 - наплыв истинных зрительных галлюцинаций
 - легкое изменение фантастических бредовых построений под влиянием изменений окружающего, нарушение чувства времени
 - преобладание или растерянно-патетического возбуждения, или субступора
284. Фантастически-иллюзорный онейроид проявляется ПК-5
- охваченностью обильно всплывающими в сознании яркими чувственными фантастическими представлениями
 - фрагментарностью отражения реального мира
 - наплывом конфабуляторных переживаний
 - всем перечисленным
 - ничем из перечисленного
285. Грезоподобный онейроид проявляется всем перечисленным, кроме ПК-5
- полной отрешенности от окружающей обстановки
 - ощущения себя участником фантастических событий
 - преобладания вербальных псевдогаллюцинаций
 - преобладания в сознании больного визуализированных фантастических представлений, связанных с внутренним миром больного
 - частоты диссоциаций между содержанием сознания и двигательной сферой
286. Сумеречное помрачение сознания проявляется ПК-5
- внезапной, чаще кратковременной утратой ясности сознания
 - полной отрешенностью от окружающего
 - иногда возможностью отрывочного и искаженного восприятия окружающего при сохранении привычек автоматизированных действий
 - всем перечисленным
 - ничем из перечисленного
287. Сумеречное помрачение сознания по особенностям клинических проявлений подразделяется на все перечисленные формы, кроме ПК-5
- простой
 - психотической

- в) эндогенной
г) ориентированного сумеречного помрачения сознания
д) истерической (психогенной)
288. Ориентированное сумеречное помрачение сознания отличается тем, что ПК-5
а) имеет место неполная отрешенность от окружающего
б) больные в самых общих чертах знают, где они находятся и кто их окружает
в) оно развивается на фоне тяжелой дисфории
г) верно все перечисленное
д) не верно ни одно утверждение из перечисленных
289. Простая форма сумеречного помрачения сознания характеризуется всем перечисленным, исключая ПК-5
а) развивается внезапно
б) больные отключаются от реальности, вступить с ними в контакт невозможно
в) спонтанная речь либо отсутствует, либо ограничивается повторением отдельных слов
г) развиваются то кратковременные ступорозные состояния, то эпизоды импульсивного возбуждения с негативизмом
д) сохраняется полное воспоминание о переживаниях периода помраченного сознания
290. Разновидностями простой формы сумеречного помрачения сознания являются ПК-5
а) амбулаторные автоматизмы
б) fuga или транс
в) сомнамбулизм или лунатизм (амбулаторный автоматизм, возникающий во сне)
г) все перечисленные
д) ничего из перечисленного
291. Психотическая форма сумеречного помрачения сознания (с продуктивными расстройствами) проявляется всем перечисленным, кроме ПК-5
а) галлюцинации, бред и измененный аффект
б) возникает относительно постепенно
в) восприятие окружающего искажено существованием бредовых расстройств
г) слова и действия больных отражают существование патологических переживаний
д) грезоподобный бред с преобладанием визуализированных фантастических представлений
292. Особенности сумеречного помрачения сознания с продуктивными расстройствами является все перечисленное, исключая ПК-5
а) оно бывает непрерывным и альтернирующим
б) продолжительность от нескольких часов до недель
в) амнезия после выхода из него бывает частичной, ретардированной или полной
г) отношение как к чуждым действиям, совершенным в период помрачения сознания
д) ориентированность в месте и времени
293. Галлюцинаторный вариант "психотической" формы сумеречного помрачения сознания характеризуется всем перечисленным, кроме ПК-5
а) преобладают зрительные с устрашающим содержанием галлюцинации
б) характерен наплыв вербальных псевдогаллюцинаций
в) зрительные галлюцинации чаще чувственно яркие, сценopodobны, окрашены в разные цвета или сверкают
г) характерны подвижные, теснящие зрительные галлюцинации
д) галлюцинации слуха - это фонемы, чаще оглушительные
294. Бредовый вариант "психотической" формы сумеречного помрачения сознания характеризуется тем, что ПК-5
а) преобладает образный бред с идеями преследования, воздействия
б) часто наблюдается бред величия и мессиянства
в) часто встречаются религиозно-мистические бредовые высказывания
г) верно все перечисленное
д) не верно ни одно из перечисленных утверждений
295. Патологическое просонное состояние (опьянение сном) характеризуется всем перечисленным, кроме ПК-5
а) возникает при замедленном пробуждении и от глубокого сна, сопровождается яркими, в том числе кошмарными сновидениями
б) сознание остается заторможенным при освобождении функций, относящихся к движению
в) ярко помнятся сновидения, воспринимаемые за действительность, сновидения переплетаются с неправильным восприятием окружающего
г) заканчиваются сном и последующим сохранением в памяти обрывков бывших сновидений
д) состояния носят характер сделанности
296. Продром пароксизмов характеризуется следующими неспецифическими расстройствами, возникающими за несколько секунд (минут, часов, дней) до возникновения пароксизма ПК-5
а) астеническими
б) аффективными
в) сенестопатическими
г) всеми перечисленными
д) ни одним из перечисленных
297. К вариантам больших судорожных припадков относятся все следующие, кроме (ПК-5)
а) большого судорожного припадка
б) атипичных (рудиментарных) форм больших припадков
в) джексоновского припадка
г) адверсивного судорожного припадка
д) мезэнцефального припадка
298. В развитии большого судорожного припадков различают (ПК-5)
а) тоническую форму
б) клоническую форму
в) фазу помрачения сознания (оглушение или сумеречное расстройство сознания)
г) все перечисленное
д) ничего из перечисленного
299. Эпилептическое состояние характеризуется ПК-5
а) большими эпилептическими припадками, непрерывно следующими друг за другом
б) продолжительностью от нескольких часов до нескольких суток
в) наличием комы, сопора, оглушения
г) всем перечисленным
д) ничем из перечисленного
300. Эпилептическое состояние сопровождается ПК-6
а) изменениями в сердечно-сосудистой системе
б) повышением температуры и другими сомато-вегетативными расстройствами
в) изменениями биохимии крови
г) ничем из перечисленного
д) всем перечисленным
301. Неотложная помощь при эпилептическом состоянии включает следующие основные принципы ПК-6
а) раннее начало лечения
б) комплексность терапевтических мер
в) применение дозированного наркоза
г) все перечисленные
д) ничего из перечисленного
302. К малым припадкам относятся все перечисленные, кроме (ПК-5)
а) абсансов
б) пропульсивных (акинетических)
в) ретропульсивных
г) импульсивных (миоклонических)
д) парциальных (джексоновских)
303. Абсансы (кратковременные состояния с внезапным выключением сознания) разделяются на ПК-5
а) слабые просты
б) средние сложные
в) с автоматизированными действиями
г) все перечисленные
д) ничего из перечисленного
304. К разновидностям пропульсивных припадков относятся все перечисленные, исключая ПК-5
а) кивки
б) салам-припадки
в) клевки
г) амиотонические
д) молниеносные
305. Разновидностями ретропульсивных припадков, возникающих у детей 4-12 лет, являются ПК-5
а) клонические
б) рудиментарные
в) пикнолептические
г) все перечисленные

- д) ни один из перечисленных
306. Бессудорожные пароксизмы делятся на следующие группы ПК-5
- с глубоким помрачением сознания
 - с неглубоким помрачением сознания
 - без помрачения сознания
 - ни на одну из перечисленных
 - на все перечисленные
307. К расстройствам памяти относится все перечисленное, кроме ПК-5
- дисмнезии
 - амнезии
 - конфабуляции
 - парамнезии
 - сделанных воспоминаний
308. Ослабление избирательной репродукции является ПК-5
- наиболее ранним проявлением ухудшения памяти
 - затруднением в воспроизведении необходимого в данный момент материала
 - в первую очередь, затруднением в воспроизведении дат, имен, названий, терминов
 - всем перечисленным
 - ничем из перечисленного
309. Ретроградная амнезия характеризуется всем перечисленным, кроме (ПК-5)
- выпадения из памяти событий, непосредственно предшествовавших бессознательному состоянию
 - потери способности запоминать, отсутствия памяти на текущие события
 - невозможности воспроизвести события, обстоятельства, бывшие перед утратой сознания или началом болезни
 - распространения подобного забвения на различный период
310. Антероградная амнезия характеризуется (ПК-5)
- утратой воспоминаний о событиях, непосредственно следовавших за окончанием бессознательного состояния
 - распространением амнезии на различный период (часы, дни, недели)
 - правильным поведением больных в тот период
 - ни одним из перечисленных утверждений
 - всем перечисленным
311. Фиксационная амнезия характеризуется ПК-5
- потерей способности запоминать
 - отсутствием памяти на текущие события
 - выпадением из памяти событий, непосредственно предшествовавших настоящему состоянию
 - всем перечисленным
 - ничем из перечисленного
312. Конфабуляции представляют собой все перечисленное, исключая ПК-5
- ложные воспоминания
 - действительные события, бывшие или возможные в прошлом, перемещенные в ближайшее время
 - обидные, часто связанные с профессией события, замещающие пробел в воспоминаниях больного
 - патологические воображения в форме воспоминаний
 - сделанные воспоминания
313. Расстройство побуждений проявляется ПК-5
- повышением волевой активности
 - понижением волевой активности
 - отсутствием побуждений
 - извращением волевой активности
 - всем перечисленным
314. Гипобулия проявляется всем перечисленным, кроме ПК-5
- пониженной волевой активности, бедности побуждений, вялости, бездеятельности
 - скудной, лишенной выразительности речи, снижения двигательной активности
 - ослабления внимания, обеднения мышления
 - ограничения общения вследствие снижения откликаемости
 - повышения мышечного тонуса
315. Абулия проявляется всем перечисленным, исключая ПК-5
- отсутствие побуждения
 - утраты желания
 - полную безучастность и бездеятельность
 - прекращение общения вследствие исчезновения откликаемости
 - отказ от речи (мутизм)
316. Гипербулия проявляется всем перечисленным, кроме ПК-5
- повышения волевой активности, усиления побуждений
 - повышенной деятельности
 - чувства сделанности состояния
 - порывистости, инициативности
 - говорливости, подвижности
317. Врожденное слабоумие (олигофрения) проявляется (ПК-1)
- дебильностью
 - имбецильностью
 - идиотией
 - всем перечисленным
 - ничем из перечисленного
318. Приобретенное слабоумие делится на (ПК-5)
- парциальное (лакунарное)
 - тотальное (глобальное)
 - маразм (распад личности)
 - все перечисленное
 - ничего из перечисленного
319. Ускорение процесса мышления характеризуется всем перечисленным, исключая ПК-5
- увеличение количества ассоциаций, образующихся в каждый данный отрезок времени
 - более поверхностный характер умозаключений, крайнюю отвлекаемость мышления
 - бесплодного мудрствования
 - преобладание образных представлений над абстрактными идеями
 - возникновение скачки идей, вихря мыслей и представлений
320. Заторможение процесса мышления характеризуется всем перечисленным, кроме ПК-5
- замедления возникновения ассоциаций, уменьшения количества ассоциаций
 - однообразия мыслей и представлений, трудности их образования
 - трудности отделения главного от второстепенного
 - жалоб на утрату способности к мышлению
 - ощущения ослабления умственных способностей
321. Экспериментально-психологическое исследование в клинике позволяет: (ПК-1)
- Получить данные о различных нарушениях психических процессов
 - Оценить степень нарушений психической деятельности
 - Оценить динамику психического состояния в процессе терапии
 - Верно все перечисленное
 - Все перечисленное неверно
322. Парестезия – это: ПК-5
- Ощущение присутствия на коже паразитов
 - Мучительное ощущение, локализующееся внутри тела
 - Неприятное ощущение на поверхности кожи
 - Иррадиация возбуждения с одного анализатора на другой
 - Патологическое ослабление тактильных ощущений
323. Сенестопатии характеризуются всем перечисленным, кроме:
- Разнообразных, крайне мучительных, тягостных ощущений
 - Необычности, вычурности ощущений
 - Ощущения, что собственное тело стало необычно тяжелым
 - Отсутствия констатируемых соматическими методами исследований причин
 - Частого сочетания с ипохондрическими идеями
324. Синдром деперсонализации характеризуется всем перечисленным, кроме: ПК-5
- Расстройства самосознания личности, отчуждения психических свойств личности
 - Чувства изменения, утраты или раздвоения своего Я
 - Нарушения сознания
 - Расстройства самосознания витальности и активности
 - Расстройства самосознания целостности
325. К аллопсихической деперсонализации относится: ПК-5
- Искаженное видение формы предмета
 - Восприятие окружающего «серым», потерявшим яркость красок
 - Восприятие окружающих предметов уменьшенными в размерах
 - Восприятие предметов раздвоенными
 - Неверно все перечисленное
326. При дереализации: ПК-5
- Впечатления окружающего представляются бледными и ненастоящими

- б. Предметы кажутся размытыми
 в. Предметы кажутся уменьшенными в размерах
 г. Окружающее воспринимается чрезмерно ярко
 д. Пациент дезориентирован в месте, окружающей ситуации
327. Парейдолическая иллюзия – это: ПК-5
 а. Иллюзия, возникающая при засыпании
 б. Видение сценподобных картин, возникающих в рисунках обоев, ковра
 в. Зрительный обман при ориентированном онейроиде
 г. Иллюзия, связанная с нарушением работы анализаторов
 д. Искажение формы предметов
328. Аутометаморфозия – это: ПК-5
 а. Расстройство схемы тела
 б. Видение собственного двойника
 в. Искаженное восприятие собственного тела
 г. Верно а. и б.
 д. Верно а. и в.
329. Для истинных галлюцинаций характерно: ПК-5
 а. Сенсорная реальность
 б. Интрапроекция
 в. Чувство сделанности галлюцинаторных образов
 г. Верно а. и б.
 д. Неверно все перечисленное
330. Для острого галлюциноза характерно: (ПК-5)
 а. Ясное сознание
 б. Наплыв галлюцинаций
 в. Наличие развернутых бредовых идей
 г. Верно а. и б.
 д. Верно все перечисленное
331. Для висцеральных галлюцинаций характерно: ПК-5
 а. Ощущение явного присутствия в полости тела инородных предметов
 б. Ощущение присутствия в теле живых существ
 в. Ощущение наличия в теле дополнительных внутренних органов
 г. Верно б. и в.
 д. Верно все перечисленное
332. Слуховые псевдогаллюцинации определяются: ПК-5
 а. Возникновением «внутренних», «мысленных» голосов
 б. Ощущением, что образы насильственно вызваны внешней силой
 в. Ощущением, что слова, фразы насильственно произносятся языком больного
 г. Верно а. и б.
 д. Верно все перечисленное
333. Для ментизма характерно: ПК-5
 а. Увеличение скорости возникновения ассоциаций
 б. Непроизвольно возникающий наплыв мыслей, образов, представлений
 в. Речь, лишенная смысловой и грамматической структуры
 г. Звучащий характер мыслей
 д. Верно а. и г.
334. Паралогическое мышление характеризуется: ПК-5
 а. Возможностью неадекватных, иногда опасных, внешне нелогичных действий
 б. Наличием логических путей, понятных только больному
 в. Подробным описанием в речи всех мелочей, незначительных деталей
 г. Верно а. и б.
 д. Верно все перечисленное
335. Для паранойяльного синдрома характерно: ПК-5
 а. Галлюцинации, явления психического автоматизма
 б. Бредовые идеи воздействия
 в. Паралогическая интерпретация реальных событий
 г. Фантастические бредовые идеи величия
 д. Верно в. и г.
336. Для парафренного синдрома характерно: ПК-5
 а. Бредовые идеи величия
 б. Галлюцинации, психические автоматизмы
 в. «Солнечное» настроение
 г. Верно а. и б.
 д. Верно все перечисленное
337. К депрессивным идеям относятся: ПК-5
 а. Идеи самоуничтожения
 б. Идеи ущерба
 в. Идеи отношения
 г. Идеи отравления
 д. Идеи особого значения
338. К проявлениям синдрома Кандинского-Клерамбо относится: ПК-5
 а. Амбулаторный автоматизм
 б. Речедвигательные галлюцинации Сегла
 в. Автоматическая подчиняемость
 г. Верно б. и в.
 д. Неверно все перечисленное
339. Для синдрома Капгра характерно все, кроме: ПК-5
 а. Бреда положительного двойника
 б. Видения собственного двойника
 в. Симптома Фреголи
 г. Бреда отрицательного двойника
 д. Бреда интерметаморфозы
340. Сверхценные идеи характеризуется: ПК-5
 а. Возникновением на основе реальных обстоятельств
 б. Наличием выраженного аффективного напряжения
 в. Наличием галлюцинаций
 г. Верно а. и б.
 д. Верно все перечисленное
341. Интерпретативный бред характеризуется: ПК-5
 а. Систематизацией бреда на основе паралогических доказательств
 б. Отрешенностью больного от окружающего мира
 в. Псевдогаллюцинациями
 г. Истинными галлюцинациями
 д. Верно а. и в.
342. Апатия характеризуется: (ПК-5)
 а. Черствостью, бессердечием, бесцеремонным поведением
 б. Отсутствием эмоциональных проявлений, равнодушием
 в. Снижением настроения с тоской, тревогой
 г. Верно б. и в.
 д. Неверно все перечисленное
343. Эмоциональная лабильность характеризуется: ПК-5
 а. Чрезмерно легким возникновением эмоциональных проявлений
 б. Качественным несоответствием эмоции вызвавшей ее ситуации
 в. Возможностью аффективных вспышек с бурным проявлением эмоций
 г. Верно а. и в.
 д. Верно все перечисленное
344. Эйфория характеризуется: ПК-5
 а. Повышенной двигательной активностью
 б. Ускоренным мышлением
 в. Благодушным настроением
 г. Дурашливостью в поведении
 д. Верно а. и в.
345. К депрессивной триаде симптомов относится: ПК-5
 а. Снижение настроения
 б. Депрессивные идеи самоуничтожения, самообвинения, ипохондрические идеи
 в. Суицидные мысли
 г. Верно б. и в.
 д. Верно все перечисленное
346. Скрытая депрессия может проявляться: (ПК-5)
 а. Картиной соматического заболевания
 б. Картиной дипсомании (патологического влечения к алкоголю)
 в. Бредом преследования
 г. Верно а. и б.
 д. Верно все перечисленное
347. Для кататонического ступора характерно все, кроме: ПК-5
 а. Симптома хоботка
 б. Симптома воздушной подушки
 в. Вербигерации
 г. Восковой гибкости
 д. Негативизма
348. Простой вариант депрессивного синдрома может проявляться: ПК-5
 а. Анестетической депрессией
 б. Тревожной депрессией
 в. Депрессии с бредом преследования
 г. Верно а. и б.
 д. Верно все перечисленное
349. Для маниакального идеаторного возбуждения характерно: ПК-5
 а. Гипермнезия
 б. Ускорение ассоциаций
 в. Отвлекаемость со скачкой идей

- г. Идеаторная "спутанность"
 д. Все перечисленное
350. Гебефреническое возбуждение проявляется: ПК-5
 а. Дурашливостью, гримасничаньем
 б. Нелепым, бессмысленным хохотом
 в. Повышенным настроением, восторгом, экстазом
 г. Верно а. и б.
 д. Верно все перечисленное
351. Абулия проявляется: ПК-5
 а. Отсутствием побуждений
 б. Утратой желаний
 в. Безучастностью, бездеятельностью
 г. Прекращением общения вследствие исчезновения откликаемости
 д. Всем перечисленным
352. Астенический синдром характеризуется всем ПК-5 перечисленным, кроме:
 а. Физической истощаемости
 б. Психической истощаемости
 в. Эмоциональной лабильности
 г. Астенической спутанности
 д. Вегетативных нарушений
353. Для астенического синдрома после соматического заболевания характерно: ПК-5
 а. Эмоциональная лабильность
 б. Повышенная утомляемость и истощаемость
 в. Гиперстезия
 г. Сомноленция
 д. Сомато-вегетативные нарушения
354. При астеническом синдроме наблюдаются: ПК-5
 а. Апрозексия
 б. Повышенная истощаемость внимания
 в. Чрезмерная концентрация внимания
 г. Тугоподвижность внимания
 д. Отсутствие нарушения внимания
355. Ослабление избирательной репродукции: ПК-5
 а. Относится к наиболее ранним проявлениям ухудшения памяти
 б. Проявляется затруднением воспроизведения необходимого в данный момент материала
 в. В первую очередь, затруднением воспроизведения дат, имен, названий
 г. Всем перечисленным
 д. Ничем из перечисленного
356. Псевдореминисценция – это: ПК-5
 а. Ложное воспоминание неправдоподобного фантастического характера
 б. Восприятие новой обстановки как уже пережитой ранее
 в. Неправильное воспоминание времени происшедших событий
 г. Невозможность идентифицировать источник воспоминания
 д. Затруднение воспроизведения хорошо известной информации
357. При психоорганическом синдроме характерно все перечисленное, кроме: ПК-5
 а. Снижения памяти
 б. Амнестической дезориентировки
 в. Нарушения интеллектуально-познавательных способностей
 г. Эмоциональной лабильности
 д. Нарушения внимания
358. К вариантам психоорганического синдрома, по К. Шнайдеру, относятся все перечисленные, исключая: ПК-5
 а. Астенический
 б. Апатический
 в. Конфабуляторный
 г. Эксплозивный
 д. Эйфорический
359. Задержка психического развития характеризуется: ПК-5
 а. Преодолением задержки при своевременной коррекционной работе
 б. Сохранением интеллекта на пограничном уровне при своевременной коррекционной работе
 в. Отсутствием абстрактного мышления
 г. Верно а. и в.
 д. Верно а. и б.
360. При дебильности наблюдается: ПК-5
 а. Способность только к самообслуживанию
 б. Стереотипная двигательная активность, элементарные импульсивные действия
- в. Способность к овладению несложными конкретными трудовыми навыками
 г. Ограничение словарного запаса до нескольких десятков слов
 д. Сохранность абстрактного мышления
361. Лакунарная деменция характеризуется: ПК-5
 а. Сохранностью основных черт личности в начальном периоде
 б. Сохранностью критики, попытками компенсировать имеющиеся нарушения в начальном периоде
 в. Трансформацией в тотальную деменцию на поздней стадии
 г. Верно а. и в.
 д. Верно все перечисленное
362. Общими признаками нарушения сознания, по К. Ясперсу, являются все перечисленные, кроме: ПК-5
 а. Отрешенности от окружающего мира
 б. Психомоторной заторможенности
 в. Бессвязности мышления
 г. Дезориентировки
 д. Амнезии
363. Психомоторное возбуждение у больного с делирием: ПК-5
 а. Соответствует содержанию галлюцинаций
 б. Усиливается в первую половину дня
 в. Усиливается в случае развития тяжелых форм делирия
 г. Верно а. и б.
 д. Верно все перечисленное
364. В терапии делирия применяется все перечисленное, кроме: ПК-6
 а. Транквилизаторов
 б. Дезинтоксикации
 в. Антидепрессантов
 г. Нейролептиков
 д. Метаболической терапии
365. К амбулаторным автоматизмам относится все перечисленное, кроме: ПК-5
 а. Сомноленции
 б. Снохождения
 в. Сноговорения
 г. Фуг
 д. Трансов
366. Обнуляция проявляется: ПК-5
 а. Замедленностью реакций
 б. Появлением «облачности сознания», «вуали на сознании»
 в. Частой беспечностью настроения
 г. Всем перечисленным
 д. Ничем из перечисленного
367. Аментивное помрачение сознания характеризуется: ПК-5
 а. Бессвязной речью
 б. Разорванным мышлением
 в. Эйфорией
 г. Целенаправленным двигательным возбуждением
 д. Верно б. и в.
368. Астеническая спутанность представляет собой: ПК-5
 а. Легкий вариант аменции
 б. Вариант сумеречного помрачения сознания
 в. Разновидность тяжелого делирия
 г. Легкую степень оглушения
 д. Среднюю степень оглушения
369. Мусситирующий (бормочущий) делирий проявляется всем перечисленным, исключая: ПК-5
 а. Совершение простых профессиональных движений
 б. Хаотическое беспорядочное возбуждение обычно в пределах постели
 в. Невнятное бессвязное бормотание
 г. Развитие на высоте возбуждения хореоформных гиперкинезов
 д. Возможность развития карфологии
370. Онейроид проявляется всем перечисленным, кроме: ПК-5
 а. Отрешенности от окружающей обстановки
 б. Ощущения себя участником фантастических событий
 в. Эха мыслей
 г. Преобладания визуализированных фантастических представлений
 д. Несоответствием между содержанием сознания и двигательной активностью
371. Ориентированный онейроид проявляется всем ПК-5 перечисленным, исключая:
 а. Непроизвольное фантазирование с яркими представлениями – грезами
 б. Сосуществование грез с восприятием реального мира

- в. Искаженное восприятие формы, размеров окружающих предметов
- г. Легкое изменение фантастических переживаний под влиянием изменений окружающего
- д. Растеряннo-патетическое возбуждение или субступор
372. К облигатными (кардинальным) симптомам шизофрении относятся: ПК-5
- а. Псевдогаллюцинации
- б. Нарушения логической структуры и целенаправленности мышления
- в. Симптомы «открытости мыслей» и «звучания мыслей»
- г. Бред воздействия
- д. Конфабуляции
373. Для инициальной стадии злокачественной шизофрении характерно: ПК-5
- а. Падение психической продуктивности
- б. Нарастание эмоциональных изменений
- в. Явления искаженного пубертатного криза
- г. Рудиментарные бредовые и галлюцинаторные расстройства
- д. Все перечисленное
374. Специфическим нарушением при шизофрении является: ПК-5
- а. Бред величия
- б. Псевдогаллюцинации
- в. Апатo-абулический синдром
- г. Интерпретативный бред
- д. Все перечисленные
375. Для непрерывнотекущих форм шизофрении характерно развертывание всех перечисленных синдромов, кроме: (ПК-5)
- а. Неврозоподобных
- б. Аффективных (депрессии, мании)
- в. Галлюцинаторных
- г. Бредовых
- д. Кататонических
376. При галлюцинаторном варианте параноидной шизофрении наблюдается синдром Кандинского-Клерамбо с преобладанием: ПК-5
- а. Идеаторных автоматизмов
- б. Речедвигательных галлюцинаций Сегла
- в. Псевдогаллюцинаций
- г. Переживания «мысленных диалогов»
- д. Симптома «звучания мыслей»
377. В конечном состоянии параноидной шизофрении характерно: ПК-5
- а. Распад имеющейся бредовой системы
- б. Сочетание грамматической правильности речи с бессмысленностью ее содержания
- в. Возникновение стойких идей воздействия
- г. Верно а. и б.
- д. Верно все перечисленное
378. Вялотекущей шизофрении свойственно: ПК-5
- а. Медленное течение с постепенным развитием изменений личности
- б. Глубокое эмоциональное опустошение в конечных состояниях
- в. Преимущественно неврозоподобные и психопатоподобные позитивные расстройства
- г. Значительная глубина аффективных расстройств (психотические депрессии, мании)
- д. Верно а. и в.
379. Малопрогрессирующей шизофрении свойственны следующие этапы развития: (ПК-5)
- а. Латентный период
- б. Период стабилизации
- в. Активный период
- г. Все перечисленные
- д. Ничего из перечисленного
380. К соматическим проявлениям инициальной стадии депрессии при биполярном расстройстве относятся: ПК-5
- а. Чувство физического дискомфорта
- б. Повышенная утомляемость
- в. Нарушение сна
- г. Снижение аппетита
- д. Все перечисленное
381. Для эндогенной депрессии характерно: ПК-5
- а. Некоторое улучшение настроения в утренние часы
- б. Ранние пробуждения
- в. Преобладание апатии
- г. Идеи отношения
- д. Верно а. и б.
382. При соматических вариантах ларвированных депрессий наблюдается все перечисленное, кроме: ПК-5
- а. Типичной имитации картины соматического заболевания
- б. Безуспешности обычной терапии
- в. Постепенного выявления аффективного радикала
- г. Верно б. и в.
- д. Верно все перечисленное
383. К витальному компоненту эндогенной депрессии относится: (ПК-5)
- а. Резкие колебания настроения
- б. Фиксация на психотравмирующей ситуации
- в. Тягостные ощущения за грудиной
- г. Манихейский бред
- д. Верно а. и б.
384. Соматическими особенностями маниакальной фазы биполярного расстройства являются (ПК-5)
- а. Охрипший голос
- б. Отсутствие усталости
- в. Учащение пульса
- г. Все перечисленные
- д. Ничего из перечисленного
385. Для эндореактивной дистимии Вейтбрехта свойственно: (ПК-5)
- а. Наличие экзогенных провокаций
- б. «Реактивная стадия»
- в. «Эндогенная стадия»
- г. Затяжной характер депрессии
- д. Все перечисленное
386. Мерами неотложной терапии острых депрессивных состояний являются все перечисленные, кроме: ПК-6
- а. Срочного парентерального введения транквилизаторов или нейролептиков
- б. Ограничения подвижности больного
- в. Неотложной госпитализации
- г. Неотлучного строгого надзора (возможность суицида)
- д. Амбулаторного лечения
387. В начальном периоде инволюционной меланхолии наблюдаются депрессии: (ПК-5)
- а. Тревожные
- б. С чертами дисфории
- в. С ипохондрическими фобиями
- г. Верно все перечисленное
- д. Все перечисленное неверно
388. При инволюционной меланхолии имеет место (ПК-5)
- а. Бред гибели семьи
- б. Нигилистический бред Котара
- в. Ажитация
- г. Верно а. и б.
- д. Верно все перечисленное
389. Для резидуальной стадии органического заболевания головного мозга характерно: (ПК-5)
- а. Астения
- б. Психоорганический синдром
- в. Оглушение
- г. Верно а. и б.
- д. Верно все перечисленное
390. Для изменения личности при эпилепсии характерно: (ПК-5)
- а. Инфантилизм
- б. Злопамятность
- в. Эгоцентризм
- г. Педантизм, скрупулезность
- д. Все перечисленное
391. Эйфорический вариант психоорганического синдрома (ПК-5) характеризуется всеми перечисленными психическими расстройствами, кроме:
- а. Повышенного фона настроения с оттенком эйфории
- б. Бестолковости
- в. Фиксационной амнезии
- г. Резкого снижения критики к своему состоянию
- д. Повышения влечений
392. Для астенического варианта психоорганического синдрома характерно: (ПК-5)
- а. Истощаемость
- б. Аффективной лабильность
- в. Агрессивность
- г. Верно а. и б.
- д. Верно все перечисленное

393. Депрессивные состояния острого периода черепно-мозговой травмы характеризуются всем перечисленным, кроме: (ПК-5)
- Обязательного возникновения витальной тоски
 - Заторженности
 - Тревоги, страха
 - Дисфорической окраски аффекта
 - Возникновения у части больных конфабуляций
394. Проявлениями развернутой стадии инволюционной меланхолии является все перечисленное, кроме: (ПК-5)
- Тревожно-ажитированной депрессии
 - Депрессии с бредом гибели семьи
 - Иллюзорного галлюциноза
 - Истинного вербального галлюциноза
 - Нарушения сна
395. Неблагоприятный прогноз атеросклеротического процесса наблюдается при развитии: (ПК-2)
- Корсаковского синдрома
 - Псевдоальцгеймеровского синдрома
 - Псевдопаралитического синдрома
 - Конфабуляторного синдрома
 - Верно все перечисленное
396. При атеросклерозе сосудов головного мозга наблюдается все перечисленное, кроме: (ПК-5)
- Галлюцинозов
 - Психоза с помрачением сознания
 - Аффективных состояний
 - Аффективно-бредовых психозов
 - Интерпретативного бреда
397. В дифференциальной диагностике расстройства личности и эндогенных заболеваний учитывают: (ПК-2)
- Высокий удельный вес невротических расстройств, не обусловленных психогенными воздействиями и не связанных с конституциональной структурой личности
 - Наличие рудиментарных проявлений эндогенного психоза или признаков постпроцессуального дефекта личности
 - Видоизменение навязчивостей в сторону все большего однообразия, монотонности
 - Верно а. и б.
 - Верно все перечисленное
398. При расстройстве личности наблюдаются: ПСК- 3
- Периоды обострения и ремиссии
 - Периоды наличия и отсутствия патологических черт характера
 - Периоды компенсации и декомпенсации
 - Верно а. и б.
 - Верно все перечисленное
399. При истерических реактивных психозах: (ПК-2)
- Психопатологические синдромы могут оставаться в виде моносиндромов
 - Может наблюдаться трансформация одних истерических проявлений в другие
 - Часто наблюдается сочетание различных истерических расстройств
 - Верно все перечисленное
 - Все перечисленное неверно
400. Для акцентуированных личностей верно все перечисленное, кроме: (ПК-5)
- Утрирования определенных черт характера
 - Проявления черт характера только при определенных условиях
 - Выраженности до степени, нарушающей социальную адаптацию
 - Подразделения на явную и скрытую степень акцентуации
 - Парциальности (не тотальности) охваченности личности
401. Для невротического астенического синдрома характерно: (ПК-5)
- Раздражительная слабость
 - Вегетативные расстройства
 - Легкое нарушение сознания
 - Верно а. и б.
 - Верно все перечисленное
402. Невротические обсессии проявляются всем перечисленным, кроме: (ПК-5)
- Преобладания навязчивых опасений
 - Навязчивых сомнений
 - Навязчивых воспоминаний, представлений
 - Контрастных навязчивостей
 - Звучащего характера собственных мыслей
403. Невроз навязчивых состояний проявляется: (ПК-5)
- Преобладанием единичных или сочетанных фобий
 - Наличием общевротических расстройств
 - Преобладанием «умственной жвачки», абстрактных идеаторных обсессий
 - Верно а. и б.
 - Верно все перечисленное
404. Основным психическим нарушением в продромальном периоде алкогольной энцефалопатии является: (ПК-5)
- Астения
 - Депрессия
 - Деперсонализация
 - Обсессии
 - Дисморфобия
405. Тяжелая степень простого алкогольного опьянения определяется всем перечисленным, кроме: (ПК-5)
- Мозжечковой атаксии
 - Гипертермии
 - Мышечной атонии, амимии
 - Вестибулярных расстройств: головокружения, тошноты, рвоты
 - Снижения тонуса сердечно-сосудистой системы
406. Для алкогольного параноида характерны все перечисленные бредовые нарушения, кроме: (ПК-5)
- Бреда преследования
 - Бреда физического уничтожения
 - Бреда отношения
 - Бреда ревности
 - Кроме б. и в.
407. В начальных проявлениях алкогольного галлюциноза характерны: (ПК-5)
- Акоазмы, фонемы
 - Бредовая настроенность
 - Функциональные галлюцинации
 - Верно а. и в.
 - Верно все перечисленное
408. При классическом алкогольном галлюцинозе «голоса»: (ПК-5)
- Локализуются в пределах «слуховой досягаемости»
 - Говорят между собой о больном
 - Имеют императивный характер
 - Верно а. и в.
 - Верно все перечисленное
409. Психическая зависимость от бензодиазепинов быстрее развивается у личностей: (ПК-5)
- Аффективно-лабильных
 - Конформных
 - Психастенических
 - Эксплозивных
 - Эпилептоидных
410. Начальная стадия наркомании определяется всем перечисленным, кроме (ПК-1):
- Благоприятных сдвигов в психическом и физическом самочувствии под действием наркотика
 - Предпочтения определенному наркотику
 - Снижения толерантности к психоактивному веществу
 - Регулярного приема наркотика
 - Угасания первоначального эффекта наркотика
411. Изменение состояния опьянения в динамике наркомании характеризуется всем перечисленным, кроме (ПК-1):
- Исчезновения сомато-вегетативных эффектов наркотика
 - Исчезновения седативного эффекта
 - Появления амнезий
 - Усиления эйфории
 - Появления парадоксальных и извращенных психических эффектов
412. Электросудорожная терапия применяется при: (ПК-6)
- Депрессивном синдроме
 - Тяжелых формах делирия
 - Обсессивно-фобическом синдроме
 - Верно а. и б.
 - Верно все перечисленное
413. Спектр психотропной активности Трифтазина выражается (ПК-6) всем перечисленным, кроме:
- Стимулирующего эффекта
 - Седативного эффекта
 - Общего антипсихотического действия
 - Элективного действия на бредовую симптоматику
 - Элективного действия на галлюцинаторную симптоматику
414. Азалептин показан при лечении шизофрении: ПК-6

- а. С непрерывным течением
 б. С приступообразно-прогредиентным течением
 в. С рекуррентным течением
 г. Верно все перечисленное
415. Амитриптилин показан при лечении: ПК-6
 а. Биполярного расстройства
 б. Депрессий при эпилепсии
 в. Шизоаффективных психозов
 г. Верно а. и б.
 д. Верно все перечисленное
416. Основной клинический эффект бензодиазепиновых транквилизаторов: ПК-6
 а. Седативный
 б. Миореагирующий
 в. Противотревожный
 г. Противосудорожный
 д. Вегетостабилизирующий
417. К антидепрессантам трициклической группы относится: ПК-6
 а. Кветиапин
 б. Анафранил
 в. Венлафаксин
 г. Миртазапин
 д. Карбамазепин
418. К атипичным антипсихотикам относятся все, кроме: ПК-6
 а. Азалептина
 б. Оланзапина
 в. Кветиапина
 г. Этаперазина
 д. Арипипразола
419. Карбамазепин применяется для лечения: ПК-6
 а. Фазовых депрессивных, маниакальных состояний
 б. Превентивного лечения континуальных аффективных расстройств
 в. Судорожных припадков
 г. Психопатоподобных расстройств различного генеза
 д. Всего перечисленного
420. Циклодол характеризуется: ПК-6
 а. Выраженным центральным холинолитическим эффектом
 б. Выраженным периферическим холинолитическим эффектом
 в. Выраженным антипаркинсоническим эффектом
 г. Всем перечисленным
 д. Ничем из перечисленного

Ответы к вопросам тестового контроля:

- | | | | | | | | | | |
|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1. Г | 43. В | 85. Г | 127. Г | 169. Г | 211. Б | 253. Г | 295. Д | 337. А | 379. Г |
| 2. Б | 44. А | 86. Д | 128. Б | 170. Г | 212. Д | 254. Д | 296. Г | 338. Б | 380. Д |
| 3. Г | 45. В | 87. Г | 129. Г | 171. Г | 213. А | 255. Н | 297. В | 339. Б | 381. Б |
| 4. Д | 46. Б | 88. Д | 130. Г | 172. Д | 214. Д | 256. А | 298. Г | 340. Г | 382. Г |
| 5. В | 47. А | 89. Б | 131. В | 173. Г | 215. Д | 257. Б | 299. Д | 341. А | 383. В |
| 6. Д | 48. В | 90. А | 132. Б | 174. Г | 216. Д | 258. Б | 300. Д | 342. Б | 384. Г |
| 7. В | 49. В | 91. Г | 133. Б | 175. В | 217. В | 259. Г | 301. Г | 343. Г | 385. Д |
| 8. Г | 50. Г | 92. Б | 134. В | 176. Д | 218. Д | 260. А | 302. Д | 344. В | 386. Д |
| 9. А | 51. Д | 93. А | 135. Г | 177. Г | 219. Д | 261. Б | 303. Г | 345. А | 387. Г |
| 10. Д | 52. В | 94. Б | 136. А | 178. Б | 220. Г | 262. Г | 304. Г | 346. Г | 388. Д |
| 11. А | 53. Б | 95. Д | 137. Д | 179. Б | 221. Д | 263. Г | 305. Г | 347. В | 389. Г |
| 12. В | 54. А | 96. Б | 138. В | 180. Г | 222. Д | 264. Г | 306. Д | 348. Г | 390. Д |
| 13. В | 55. Д | 97. А | 139. Б | 181. Г | 223. Г | 265. Д | 307. Д | 349. Д | 391. В |
| 14. Г | 56. А | 98. Б | 140. Г | 182. Г | 224. В | 266. Д | 308. Г | 350. Г | 392. Г |
| 15. Г | 57. Б | 99. Б | 141. А | 183. Г | 225. Г | 267. А | 309. Б | 351. Д | 393. А |
| 16. Д | 58. Б | 100. Б | 142. Д | 184. Г | 226. Д | 268. В | 310. Д | 352. Г | 394. В |
| 17. Б | 59. А | 101. Г | 143. Б | 185. Г | 227. Д | 269. А | 311. Г | 353. Г | 395. Д |
| 18. В | 60. Б | 102. Д | 144. Г | 186. Б | 228. Д | 270. Б | 312. Д | 354. Б | 396. Г |
| 19. Д | 61. Г | 103. Г | 145. В | 187. Б | 229. Б | 271. А | 313. Д | 355. Г | 397. Д |
| 20. В | 62. А | 104. Д | 146. Б | 188. Б | 230. В | 272. Г | 314. Д | 356. В | 398. В |
| 21. А | 63. В | 105. А | 147. В | 189. Б | 231. Д | 273. Б | 315. Д | 357. Б | 399. Г |
| 22. Б | 64. Б | 106. А | 148. Б | 190. А | 232. Г | 274. Д | 316. В | 358. В | 400. В |
| 23. Г | 65. В | 107. Б | 149. А | 191. А | 233. Г | 275. Д | 317. Г | 359. А | 401. Г |
| 24. Д | 66. Д | 108. Б | 150. А | 192. Г | 234. Г | 276. В | 318. Г | 360. В | 402. Д |
| 25. Б | 67. Г | 109. Г | 151. В | 193. Б | 235. В | 277. Г | 319. В | 361. Д | 403. Г |
| 26. Б | 68. Г | 110. Д | 152. А | 194. А | 236. В | 278. Д | 320. В | 362. Б | 404. А |
| 27. В | 69. Г | 111. В | 153. Д | 195. В | 237. В | 279. Б | 321. Г | 363. А | 405. Б |
| 28. Г | 70. Д | 112. А | 154. А | 196. Д | 238. Д | 280. А | 322. В | 364. В | 406. Г |
| 29. Б | 71. Г | 113. Д | 155. Б | 197. А | 239. Г | 281. Г | 323. В | 365. А | 407. Г |
| 30. Б | 72. Г | 114. Г | 156. А | 198. Б | 240. Г | 282. Б | 324. В | 366. Г | 408. Д |
| 31. Д | 73. В | 115. Г | 157. В | 199. Д | 241. Г | 283. В | 325. Б | 367. А | 409. В |
| 32. В | 74. Б | 116. В | 158. Д | 200. Д | 242. Б | 284. Г | 326. А | 368. А | 410. В |
| 33. А | 75. Б | 117. Г | 159. В | 201. Б | 243. Б | 285. В | 327. Б | 369. А | 411. Г |
| 34. Г | 76. Г | 118. Г | 160. В | 202. А | 244. Г | 286. Г | 328. Д | 370. В | 412. А |
| 35. Д | 77. Г | 119. Д | 161. В | 203. В | 245. Г | 287. В | 329. А | 371. В | 413. Б |
| 36. Г | 78. Г | 120. Б | 162. Г | 204. Г | 246. Г | 288. Г | 330. Г | 372. Б | 414. Г |
| 37. В | 79. Г | 121. Г | 163. В | 205. Д | 247. Г | 289. Д | 331. Д | 373. Д | 415. Д |
| 38. Д | 80. В | 122. В | 164. Г | 206. Б | 248. Б | 290. Г | 332. Г | 374. В | 416. В |
| 39. Д | 81. Г | 123. Д | 165. Г | 207. В | 249. Б | 291. Д | 333. Б | 375. Б | 417. Б |
| 40. А | 82. В | 124. Д | 166. В | 208. А | 250. В | 292. Д | 334. Г | 376. В | 418. Г |
| 41. В | 83. Г | 125. Г | 167. А | 209. Д | 251. В | 293. Б | 335. В | 377. Г | 419. Д |
| 42. Г | 84. Д | 126. В | 168. Г | 210. Б | 252. А | 294. Г | 336. Д | 378. Д | 420. Г |

5.1.2. Частная психиатрия.

421. Специфическими, встречающимися только при шизофрении, являются следующие расстройства (ПК-5)
- синдром Кандинского - Клерамбо
 - псевдогаллюцинации
 - интерпретативный бред
 - все перечисленные
 - ничего из перечисленного
422. Характерным для изменений личности (негативных расстройств) при шизофрении является все перечисленное, кроме (ПК-5)
- тугоподвижности, замедленности всех психических процессов
 - снижения энергетического потенциала
 - эмоционального обеднения
 - нарастающей интравертированности
 - утраты единства психических процессов
423. Для мышления больных шизофренией характерно (ПК-5)
- замедление ассоциативного процесса
 - феномен соскальзывания и явление закупорки мышления
 - обстоятельность
 - ускорение ассоциативного процесса
 - все перечисленное
424. Для эмоциональной сферы больных шизофренией характерно (ПК-5)
- прогрессирующее обеднение эмоциональных реакций
 - неадекватность, парадоксальность эмоциональных реакций
 - раздвоение эмоциональных реакций на одно и то же событие
 - все перечисленное
 - ничего из перечисленного
425. Для внешнего вида больных шизофренией свойственны (ПК-5)
- неадекватная мимика
 - исчезновение вазомоторных реакций
 - «стальной» блеск глаз
 - замедленность или ускоренность пантомимики
 - верно а) и б)
426. Для всех непрерывнотекущих форм шизофрении характерно (ПК-5)
- острое, внезапное начало
 - развитие негативных расстройств только после появления продуктивной симптоматики
 - выраженные аффективные фазы
 - все перечисленное
 - ничего из перечисленного
427. Для непрерывнотекущих форм шизофрении характерно развертывание всех перечисленных синдромов, кроме (ПК-5)
- неврозоподобных
 - бредовых
 - аффективных (психические депрессии, мании)
 - галлюцинаторных
 - кататонических
428. Период манифестации злокачественной шизофрении характеризуется развитием (ПК-5)
- «большого психоза» с полиморфизмом симптоматики и синдромальной незавершенностью
 - аффективных фаз
 - высокосистематизированного паранойяльного бреда
 - фебрильного приступа
 - онейроидного помрачения сознания с выраженными кататоническими расстройствами и мегаломанической фабулой переживаний
429. Для симплекс-синдрома в отличие от обычного пубертатного криза характерны (ПК-1)
- негативизм к родителям
 - максимализм в суждениях
 - выраженные аффективные проявления
 - отсутствие ярких эмоциональных реакций и феномен метафизической интоксикации
 - идеи воздействия
430. Начальный этап параноидной шизофрении характеризуется (ПК-5)
- неврозоподобными расстройствами
 - нестойкими, эпизодическими бредовыми идеями
 - личностными изменениями в виде замкнутости, ригидности, сужения диапазона эмоциональных реакций
 - всем перечисленным
 - ничем из перечисленного
431. В наиболее типичных прогрессирующих случаях бредового варианта параноидной шизофрении наблюдается следующая последовательность смены синдромов (ПК-5)
- паранойяльный синдром - конечное состояние типа дурашливого
 - парафренный синдром - параноидный синдром - синдром Кандинского - Клерамбо
 - паранойяльный синдром - синдром Кандинского - Клерамбо - парафренный синдром
 - паранойяльный синдром - галлюцинаторно-параноидный синдром - онейроидная кататония
 - галлюцинаторный синдром - парафренный синдром
432. Признаками наступления конечного состояния при параноидной шизофрении являются все перечисленные, кроме (ПК-5)
- возникновения симптома монолога
 - распада имеющейся бредовой системы
 - сочетания грамматической правильности речи с бессмысленностью содержания сказанного
 - появления неологизмов в речи больного
 - возникновения стойких идей воздействия
433. Конечным состоянием при параноидной шизофрении является (ПК-5)
- тупое слабоумие
 - манерное слабоумие
 - шизофазия
 - бормочущее слабоумие
 - негативистическое слабоумие
434. Для вялотекущей шизофрении свойственно (ПК-5)
- медленное течение с постепенным развитием изменений личности
 - глубокое эмоциональное опустошение в конечных состояниях
 - преимущественно неврозоподобные и психопатоподобные позитивные расстройства
 - значительная глубина аффективных расстройств (психотические депрессии, мании)
 - верно а) и в)
435. Малопрогрессирующей шизофрении свойственны следующие этапы развития (ПК-5)
- латентный период
 - период стабилизации
 - активный период
 - все перечисленные
 - ничего из перечисленного
436. Основные клинические особенности вялотекущей шизофрении характеризуются ПК-5
- длительным латентным периодом с поздней активизацией болезни
 - видоизменением симптоматики от нозологически малодифференцированной к предпочтительной для эндогенного заболевания
 - глубокими аффективными расстройствами в виде психотических депрессий и маний
 - приступообразностью с качественным видоизменением позитивных расстройств, отсутствием "осевых симптомов"
 - верно а) и б)
437. Психопатоподобные расстройства латентного периода вялотекущей шизофрении представлены (ПК-1)
- проявлениями шизоидного круга или их сочетанием с истерическими, психастеническими или параноическими
 - преобладанием проявлений гипертимного круга
 - преимущественно чертами возбудимости
 - верно а) и б)
 - всем перечисленным
438. В зависимости от характера преобладающей в клинической картине заболевания (с самых начальных этапов) "осевой" симптоматики выделяются следующие варианты вялотекущей шизофрении (ПК-5)

- а. обсессивный
б. деперсонализационный
в. ипохондрический и сенестопатический
г. все перечисленные
д. ни один из перечисленных
439. Активный период ипохондрического варианта вялотекущей шизофрении характеризуется (ПК-5)
а. появлением "навязчивой ипохондрии" со стойкими нозофобиями и навязчивым самонаблюдением
б. появлением отдельных сенестопатий
в. появлением черт "истерической ипохондрии" с конверсионными расстройствами и психопатоподобными чертами истерического круга
г. всем перечисленным
д. ничем из перечисленного
440. Активный период сенестопатического варианта вялотекущей шизофрении характеризуется всем перечисленным, кроме (ПК-5)
а. появления диффузной локализации сенестопатий
б. появления необычного, странного характера сенестопатий
в. разнообразия проявлений сенестопатий
г. появления ипохондрического бреда
д. появления сенестопатий, приближающихся по образности к галлюцинациям общего чувства
441. В активном периоде истерического варианта вялотекущей шизофрении наблюдается (ПК-5)
а. появление грубых психопатоподобных нарушений
б. присоединение к истерической симптоматике фобий, навязчивых влечений и представлений
в. присоединение сенестоипохондрических расстройств
г. все перечисленное
д. ничего из перечисленного
442. Диссоциативные проявления активного периода истерического варианта психотипического расстройства отличаются от таковых при расстройстве личности (ПК-5)
а. однообразием, стереотипностью
б. отсутствием тонкого приспособления к ситуации
в. бедной аффективной окраской
г. всем перечисленным
д. ничем из перечисленного
443. Для психастенического варианта вялотекущей шизофрении свойственно (ПК-5)
а. крайние проявления психастенических черт (бесконечные сомнения, неуверенность в себе)
б. снижение или утрата трудоспособности
в. отчетливые признаки постепенного усиления психастенических черт в анамнезе
г. все перечисленное
д. ничего из перечисленного
444. Паранойальной шизофрении свойственно (ПК-5)
а. интерпретативный бред с медленно расширяющейся фабулой
б. интерпретативный бред с быстро расширяющейся фабулой
в. быстро развивающаяся социальная дезадаптация больных
г. медленно развивающаяся социальная дезадаптация больных
д. верно а) и г)
445. Для ранних этапов паранойальной шизофрении характерно (ПК-5)
а. одержимость бредовыми идеями
б. аффективная тусклость больных
в. внешняя правдоподобность, "мотивированность" бредовых идей
г. малая актуальность и абсурдность фабулы бредовых идей
д. верно а) и в)
446. По мере течения паранойальной шизофрении происходит все перечисленное, кроме (ПК-5)
а. постепенного расширения и систематизации бреда
б. возникновения явлений психического автоматизма
в. постепенного аффективного "побледнения" паранойальных расстройств
г. появления нелепости, абсурдности фабулы бредовых идей
д. появления бредового поведения
447. Для рекуррентной шизофрении является характерным (ПК-5)
а. высокий удельный вес бредовых и галлюцинаторных расстройств в приступе в сравнении с аффективными нарушениями
б. выраженные изменения личности
в. наличие "сквозных" расстройств в течение болезни
г. все перечисленное
д. ничего из перечисленного
448. Для рекуррентной шизофрении является характерным (ПК-5)
а. приступообразное, иногда фазное течение
б. благоприятность течения
в. отчетливые аффективные расстройства, часто биполярного характера
г. все перечисленное
д. ничего из перечисленного
449. Для развернутого приступа рекуррентной шизофрении характерна следующая последовательность развития (ПК-5)
а. аффективные расстройства - синдром инсценировки - острый фантастический бред - онейроид
б. острый фантастический бред - аффективные расстройства - синдром инсценировки - онейроид
в. синдром инсценировки - онейроид - острый фантастический бред - синдром Кандинского-Клерамбо
г. онейроид - синдром инсценировки - кататонический синдром - аффективные расстройства
д. онейроид - синдром Кандинского-Клерамбо - аффективные расстройства - кататонический синдром
450. Особенности преимущественно аффективных приступов при рекуррентной шизофрении являются (ПК-5)
а. отчетливое преобладание смешанных состояний, редкость возникновения простой меланхолии
б. атипия маниакальных состояний (дурашливая мания, мания с гневливостью, мания с бредом)
в. лабильность клинической картины, легкость возникновения сдвоенных приступов и присоединение растерянности, элементов сновидения
г. все перечисленные
д. ничего из перечисленного
451. Онейроидно-кататонический приступ рекуррентной шизофрении (ПК-5)
а. является самым развернутым приступом
б. является наименее развернутым приступом
в. является, как правило, манифестным
г. как правило, свидетельствует о будущем неблагоприятном, затяжном течении последующего приступа
д. верно а) и в)
452. Для изменений личности при рекуррентной шизофрении характерно (ПК-5)
а. явления дискордантности, расщепления психической деятельности
б. явления психической слабости с чертами легкой астении
в. явления сверхценного отношения к своему психическому здоровью
г. грубая эмоциональная уплощенность
д. верно б) и в)
453. Непрерывнотекущие расстройства при приступообразно-прогредиентной шизофрении могут быть представлены (ПК-5)
а. неврозоподобными расстройствами
б. интерпретативным (паранойальным) бредом
в. психопатоподобными расстройствами
г. всем перечисленным
д. ничем из перечисленного
454. Гипоманиакальные состояния начальной стадии злокачественной приступообразно-прогредиентной шизофрении характеризуются всем перечисленным, кроме (ПК-1)
а. отсутствия чувства повышенного настроения
б. психопатоподобного поведения
в. расторможенности влечений
г. гебефренных кризов
д. высокой продуктивности
455. Депрессивные состояния начальной стадии злокачественной приступообразно-прогредиентной шизофрении характеризуются всем перечисленным, кроме (ПК-1)
а. витального чувства тоски, психической анестезии
б. астенических жалоб
в. раздражительности
г. смены заторможенности и импульсивной агрессии

- д. отдельных кататонических симптомов
456. Параноидный вариант приступообразно-прогредиентной шизофрении характеризуется возникновением всех перечисленных типов приступов, кроме ПК-5
- острого параноидального
 - острого галлюциноза
 - острого кататонического
 - острого параноидного
 - острого парафренного
457. Возможны следующие варианты течения параноидного варианта приступообразно-прогредиентной шизофрении ПК-5
- повторные утяжеляющиеся приступы с неполными ремиссиями и углублением дефекта
 - переход в непрерывное течение
 - остановка процесса с "клишеобразными" приступами и отсутствием нарастания дефекта
 - все перечисленные
 - ни один из перечисленного
458. При аффективно-параноидных приступах шизоаффективного варианта приступообразно-прогредиентной шизофрении имеет место все перечисленное, кроме (ПК-5)
- выхода из приступа через период тяжелых астенических расстройств
 - сочетания депрессии или мании с интерпретативным малосистематизированным бредом
 - возникновения на высоте приступа образного чувственного бреда
 - развития в тяжелых случаях меланхолической или фантастической парафрении
 - выхода из приступа через период циклотимоподобных аффективных колебаний
459. Аффективно-галлюцинаторные приступы шизоаффективного варианта приступообразно-прогредиентной шизофрении представлены (ПК-5)
- депрессией с галлюцинозом и манией с галлюцинозом синдромом Кандинского - Клерамбо (сенестопатический вариант)
 - интерпретативным бредом
 - острым чувственным бредом
 - ничем из перечисленного
460. Остро развивающийся синдром Кандинского-Клерамбо при шизоаффективном варианте приступообразно-прогредиентной шизофрении характеризуется (ПК-5)
- зависимостью характера воздействия от аффекта
 - возможностью развития на высоте приступа галлюцинаторной или фантастической парафрении
 - возможностью сохранения после выхода из приступа рудиментарных проявлений психического автоматизма
 - всем перечисленным
 - ничем из перечисленного
461. Приступы шубообразной шизофрении с преобладанием деперсонализации характеризуются всем перечисленным, кроме (ПК-5)
- стертой дисфорической депрессии
 - чувства измененности своего Я
 - рефлексии, рассуждательства
 - возникновения преимущественно в юношеском возрасте явлений бредовой деперсонализации
462. Приступы шубообразной шизофрении с преобладанием психопатоподобных расстройств характеризуются (ПК-5)
- возникновением исключительно в юношеском возрасте
 - гротескно измененными чертами пубертатного криза
 - аффективными расстройствами в виде атипичной дисфорической депрессии или стертой гипомании
 - рефлексиями, рассуждательствами, интересом к философским, религиозным системам
 - всем перечисленным
463. Псевдопсихопатии характеризуются всем перечисленным, кроме (ПК-5)
- стойкости и тотальности проявлений
 - типологической сопоставимости с конституциональными аномалиями
 - отсутствия признаков интеллектуального снижения сохраняющейся активности и социальной адаптации
 - тенденции к постепенному углублению изменений личности по шизофреническому типу
464. Синонимами термина "псевдопсихопатия" являются (ПК-5)
- постшизофренное расстройство личности
 - постпроцессуальная психопатизация личности
 - вялотекущая психопатоподобная шизофрения
 - гебноидофрения
 - верно а) и б)
465. К образованию псевдопсихопатий предрасполагают все следующие особенности шизофренического процесса, кроме
- приуроченности активных проявлений болезни к периодам возрастных кризов (ПК-5)
 - развернутого характера психотической симптоматики, выходящей за рамки аффективно-невротической и параноидальной
 - благоприятного течения эндогенного процесса
 - ремиссий психопатоподобного типа с изменениями личности стенического полюса без признаков редукции энергетического потенциала
 - обнаруживающегося в латентном периоде заболевания аффинитета к нарушениям психопатического круга
466. Депрессивный синдром может развиваться при всех перечисленных заболеваниях, кроме (ПК-5)
- маниакально-депрессивного психоза
 - шизофрении
 - эпилепсии
 - симптоматических психозов
 - прогрессивного паралича
467. Маниакальные синдромы развиваются при всех перечисленных расстройствах, кроме
- биполярного расстройства
 - шизофрении
 - эпилепсии
 - органических заболеваний головного мозга
 - невротических расстройств
468. Для биполярного расстройства характерно (ПК-5)
- периодичность течения
 - фазы в виде аффективных синдромов
 - отсутствие прогредиентности
 - все перечисленное
 - ничего из перечисленного
469. Для биполярного расстройства характерно (ПК-5)
- возникновение аффективных состояний после провокаций
 - острое развитие фаз
 - постепенное усложнение структуры фаз
 - все перечисленное
 - ничего из перечисленного
470. Дифференциальная диагностика биполярного расстройства а и шизофрении возможна (ПК-5)
- при отсутствии изменений личности после длительного течения
 - при развитии личностных изменений
 - при течении в виде психопатологических сложных состояний
 - при усложнении структуры фаз
 - при всем перечисленном
471. Основными типами течения биполярного расстройства являются (ПК-5)
- монополярный депрессивный
 - монополярный маниакальный
 - биполярный
 - все перечисленные
 - ни один из перечисленных
472. Для дифференциальной диагностики шизофрении и биполярного расстройства имеют значение следующие признаки (ПК-5)
- течение двоякими аффективными состояниями
 - течение строеными аффективными состояниями
 - континуальный тип течения
 - все перечисленные
 - ни один из перечисленных
473. Основными характеристиками биполярного расстройства являются все перечисленные, кроме (ПК-5)
- течения аффективными состояниями
 - усложнения психопатологической структуры
 - фазного характера течения
 - периодичности течения
 - отсутствия личностных изменений
474. Понятие циркулярности включает (ПК-5)
- течение фазовыми состояниями и аффективную структуру фаз
 - обязательную повторяемость фаз одного знака
 - обязательное возникновение полярных фаз

- г. правильное чередование полярных фаз
д. наличие «сдвоенных» фаз
475. Вариантами течения биполярного расстройства являются все перечисленные, кроме (ПК-5)
а. монополярного
б. приступообразно-прогредиентного типа
в. биполярного
г. течения сдвоенными и строенными фазами
д. континуального типа течения
476. Для выраженной депрессивной фазы биполярного расстройства характерно все перечисленное, исключая (ПК-5)
а. наличие депрессивной триады
б. идеи самообвинения
в. идеи переоценки
г. депрессивную анестезию
д. апатию
477. Для выраженной депрессивной фазы биполярного расстройства характерно все перечисленное, кроме (ПК-5)
а. подавленного настроения
б. оптимистического содержания мыслей
в. чувства тревоги
г. депрессивной анестезии
д. бессонницы
478. Для выраженной депрессивной фазы биполярного расстройства характерно
а. двигательное торможение
б. отсутствие аппетита
в. суицидальные мысли
г. все перечисленное
д. ничего из перечисленного
479. Для выраженной депрессивной фазы биполярного расстройства характерно все перечисленное, исключая (ПК-5)
а. исчезновение суточных колебаний
б. витальный характер депрессии
в. идеи осуждения
г. суицидальные мысли
д. отсутствие аппетита
480. К суицидальноопасным состояниям относятся все перечисленные, кроме (ПК-5)
а. анестетической депрессии
б. тревожных депрессий
в. депрессии с идеями самообвинения
г. слезливых депрессий
д. ступорозных депрессий
481. Всегда являются суицидоопасными (ПК-5)
а. ироническая депрессия
б. дисфорическая депрессия
в. апатическая депрессия
г. все перечисленные депрессии
д. ни одна из перечисленных депрессий
482. Суицидальную опасность представляют все перечисленные состояния, кроме (ПК-5)
а. психастенической депрессии
б. депрессии с бредом депрессивным
в. агитированной депрессии
г. заторможенной меланхолической депрессии
д. динамических депрессий с суточными колебаниями
483. Суицидальная опасность чаще всего отсутствует при (ПК-5)
а. депрессии с фобиями
б. ступорозной депрессии
в. массивной апатической депрессии без суточных колебаний
г. всех перечисленных депрессиях
д. присутствует при всех перечисленных депрессиях
484. Для выраженной маниакальной фазы маниакально-депрессивного психоза характерно все перечисленное, исключая (ПК-5)
а. наличие маниакальной триады
б. чувство тревоги
в. идеи переоценки
г. расстройство сна
д. расторможение влечений
485. Для выраженной маниакальной фазы биполярного расстройства характерно все перечисленное, кроме (ПК-5)
а. подъема настроения
б. двигательного возбуждения
в. похудения с постарением
г. идеаторного возбуждения
д. идеи переоценки
486. Выраженная маниакальная фаза биполярного расстройства характеризуется всем перечисленным, кроме (ПК-5)
а. идей самоуничтожения
б. отвлекаемости
в. раздражительности, гневливости
г. расстройства сна
д. повышения аппетита
487. К соматическим признакам депрессии при биполярном расстройстве относятся (ПК-5)
а. запоры
б. дисменорея
в. похудание
г. все перечисленные
д. ни один из перечисленных
488. К соматическим признакам депрессий при биполярном расстройстве могут относиться (ПК-5)
а. повышение веса
б. отсутствие аппетита
в. постарение
г. все перечисленные
д. ни один из перечисленных
489. Соматическими особенностями маниакальной фазы биполярного расстройства являются все перечисленные, исключая (ПК-5)
а. расстройства сна
б. повышение аппетита
в. похудание
г. гиперемию кожи лица
д. постарение
490. Соматическими особенностями маниакальной фазы биполярного расстройства являются (ПК-5)
а. охрипший голос
б. отсутствие усталости
в. учащение пульса
г. все перечисленные
д. ничего из перечисленного
491. Для клиники циклотимии характерно (ПК-5)
а. малая интенсивность аффективных расстройств в фазах
б. отсутствие прогредиентности
в. большое количество маскированных аффективных состояний
г. все перечисленное
д. ничего из перечисленного
492. Для клиники циклотимии характерно все перечисленное, кроме (ПК-5)
а. принципиальной близости психопатологических проявлений с проявлениями биполярного расстройства
б. амбулаторного характера проявлений
в. фазности течения
г. периодичности течения
д. осложнения структуры фаз на поздних стадиях течения
493. К циклотимическим маниям могут относиться все перечисленные, кроме (ПК-5)
а. гневливой мании
б. веселой мании
в. спутанной мании
г. мании с целенаправленной деятельностью
д. гипомании с явлениями гипермнезии
494. Вариантами циклотимических депрессий являются (ПК-5)
а. тревожная субдепрессия
б. фобическая депрессия
в. психастеническая депрессия
г. все перечисленные депрессии
д. ни одна из перечисленных депрессий
495. К вариантам циклотимических депрессий могут относиться все перечисленные, кроме (ПК-5)
а. агитированной депрессии
б. угрюмой депрессии
в. слезливой депрессии
г. невротической депрессии
д. вегетативной депрессии
496. Циклотимические депрессии могут быть (ПК-5)
а. с идеями собственной неполноценности
б. с неинтенсивной гармоничной депрессивной триадой
в. без чувства тоски
г. с выраженным нарушением сна
д. все перечисленные
497. К циклотимическим депрессиям могут относиться (ПК-5)
а. маскированные депрессии

- б. "депрессивная болезнь"
в. невротические депрессии
г. все перечисленные
д. ничего из перечисленного
498. Основной характеристикой ларвированных депрессий является все перечисленное, исключая (ПК-5)
а. выраженность аффективного компонента
б. выраженность проявлений разнообразных масок
в. малую интенсивность аффективного компонента
г. отсутствие аффективного компонента
д. частое наличие соматических признаков депрессии
499. Диагноз ларвированных депрессий можно поставить на основании всего перечисленного, кроме (ПК-5)
а. сезонной зависимости развития ларвированного состояния
б. периодичности
в. наличия расстройства сна
г. раздражительности
д. гипермнезии
500. Диагноз ларвированных депрессий можно поставить на основании наличия (ПК-5)
а. генетической обусловленности
б. фазности и периодичности течения
в. безуспешности диагностики "соматического заболевания"
г. безуспешности обычной терапии "соматического заболевания"
д. всего перечисленного
501. Диагностика ларвированных депрессий может быть обоснована на наличии (ПК-5)
а. положительного эффекта от применения антидепрессантов
б. пессимистического отношения к возможности излечения "соматического заболевания"
в. суточных колебаний интенсивности "соматической патологии"
г. всего перечисленного
д. ничего из перечисленного
502. При соматических вариантах ларвированных депрессий наблюдается все перечисленное, кроме (ПК-5)
а. типичной имитации картины соматического заболевания
б. необычности клинической картины, локализации, времени появления признаков соматического заболевания
в. безуспешности обычной терапии
г. неэффективности обычных методов диагностики
д. постепенного выявления аффективного радикала
503. Для вегетативного варианта ларвированных депрессий характерно (ПК-5)
а. малая выраженность или отсутствие аффективного радикала
б. значительная выраженность вегетативных расстройств
в. наличие соматических признаков депрессий
г. все перечисленное
д. ничего из перечисленного
504. Для алгического варианта ларвированных депрессий характерно все перечисленное, кроме (ПК-5)
а. нарушения сна
б. раздражительности
в. оптимистического характера настроения
г. разнообразных алгий
д. суточных колебаний
505. Для агрипнического варианта ларвированных депрессий характерно все перечисленное, исключая (ПК-5)
а. периодичность течения
б. сезонную зависимость
в. упорные расстройства сна
г. отсутствие озабоченности нарушением сна
д. тревожный компонент
506. Функциональные психозы инволюционного периода (ПК-5)
а. являются самостоятельными нозологическими единицами
б. представляют манифест в пресенильном возрасте эндогенных заболеваний
в. вопрос нозологической самостоятельности функциональных психозов инволюционного периода остается неясным
г. верно все перечисленное
д. ничего из перечисленного
507. Функциональные психозы инволюционного периода (ПК-5)
а. манифестируют в инволюционном периоде
б. не приводят к развитию слабоумия
в. могут манифестировать в старческом возрасте
г. верно все перечисленное
д. ничего из перечисленного
508. К функциональным психозам инволюционного периода относят (ПК-5)
а. инволюционные меланхолии и бредовые психозы
б. затяжные дебюты сенильной деменции
в. инициальный этап болезни Альцгеймера
г. системные дегенерации пресенильного возраста
д. системные дегенерации сенильного возраста
509. Функциональные психозы инволюционного возраста возникают (ПК-1)
а. в возрасте от 40 до 60 лет
б. чаще у женщин
в. чаще у мужчин
г. только у женщин
д. верно а) и б)
510. Провоцирующие соматогенные и психогенные факторы оказывают влияние (ПК-1)
а. в 70-90% случаев
б. могут не оказывать влияния
в. не имеют никакого значения
г. влияют только у женщин
д. верно а) и б)
511. Начальный период инволюционной меланхолии характеризуется депрессией (ПК-5)
а. с чертами дисфории
б. с вялостью
в. с тревожными опасениями, ожиданием несчастий
г. с фобиями ипохондрического содержания
д. верно все перечисленное
512. В начальном периоде инволюционной меланхолии наблюдаются депрессии (ПК-5)
а. тревожные
б. с чертами дисфории
в. с ипохондрическими фобиями
г. все перечисленные
д. ни одна из перечисленных
513. Проявлениями развернутой стадии инволюционной меланхолии является все перечисленное, кроме (ПК-5)
а. тревожно-ажитированной депрессии
б. депрессии с бредом гибели семьи
в. иллюзорного галлюциноза
г. истинного вербального галлюциноза
д. нарушения сна
514. При инволюционной меланхолии имеет место (ПК-5)
а. бред гибели семьи
б. нигилистический бред Котара
в. ажитация
г. все перечисленное
д. верно а) и б)
515. При инволюционной меланхолии наблюдается (ПК-5)
а. выраженная тревожная ажитация
б. "депрессивный эгоцентризм"
в. истинный вербальный галлюциноз
г. все перечисленное
д. ничего из перечисленного
516. Для отдаленных стадий инволюционной меланхолии характерно все перечисленное, кроме (ПК-5)
а. наличия чувства психической измененности
б. относительной стабилизации клинической картины
в. тенденции к стереотипизации отдельных ее компонентов
г. уменьшения степени ажитации
д. появления бреда Котара
517. На отдаленных этапах инволюционной меланхолии наблюдается (ПК-5)
а. уменьшение степени ажитации
б. относительная стабилизация клинической картины
в. появление бреда Котара
г. все перечисленное
д. ничего из перечисленного
518. Психопатологическая структура инволюционных бредовых психозов включает (ПК-5)
а. пресенильный бред ущерба
б. галлюцинаторно-параноидные психозы
в. галлюцинозы

- г. все перечисленное
д. все перечисленное, кроме а)
519. Наиболее характерными чертами инволюционных бредовых психозов являются все перечисленные, кроме (ПК-5)
а. бреда малого размаха или обыденных отношений
б. направленности бреда против конкретных лиц ближайшего окружения
в. динамики в бред преследования с ущербной мотивировкой
г. интерпретативного характера бреда
д. возможности парафренного видоизменения
520. Инволюционные меланхолии (ПК-5)
а. являются однократными и некурабельными
б. развиваются чаще у женщин
в. часто возникают после провокаций
г. верно все перечисленное
д. верно б) и в)
521. Фабула инволюционных параноидов складывается (ПК-5)
а. из идей ущерба
б. из идей отравления
в. из идей преследования с ущербной мотивировкой
г. из всего перечисленного
д. верно б) и в)
522. Течение инволюционных бредовых психозов (ПК-5)
а. хроническое и стационарное
б. волнообразное
в. приступообразное
г. периодическое
д. ремитирующее
523. При инволюционных параноидах (ПК-5)
а. нет тенденции к развитию психоорганических изменений
б. нет тенденции к усложнению бредовых проявлений
в. преобладает оптимистический характер настроения
г. верно все перечисленное
д. верно б) и в)
524. Эпилепсия - хроническое заболевание, характеризующееся следующими признаками (ПК-5)
а. ранним началом (детский, юношеский возраст)
б. разнообразными пароксизмальными расстройствами
в. типичными изменениями личности
г. всеми перечисленными
д. ни одним из перечисленных
525. Продром эпилептической болезни характеризуется следующими неспецифическими расстройствами, внезапно появляющимися и исчезающими за несколько месяцев или лет до возникновения первого пароксизма (ПК-1)
а. головными болями
б. головокружениями
в. вегетативными расстройствами
г. разнообразными яркими цветными сновидениями, с картинами агрессии, навдвигающихся предметов
д. всеми перечисленными
526. Продром эпилептической болезни характеризуется всеми следующими специфическими расстройствами, внезапно появляющимися и исчезающими за несколько месяцев или лет до возникновения первого пароксизма, кроме (ПК-1)
а. мышечных подергиваний
б. «чужих» мыслей
в. утренних судорог
г. идеаторных расстройств типа «шперрунгов»
д. идеаторных расстройств типа ускоренных или замедленных мыслей
527. Продром пароксизмов эпилепсии характеризуется следующими неспецифическими расстройствами, возникающими за несколько секунд, минут, часов, дней до возникновения пароксизма (ПК-1)
а. астеническими расстройствами
б. аффективными расстройствами
в. сенестопатическими расстройствами
г. всеми перечисленными
д. верно а) и б)
528. Продром пароксизмов эпилепсии характеризуется следующими неспецифическими расстройствами, возникающими за несколько секунд, минут, часов, дней до возникновения пароксизма (ПК-1)
а. ипохондрическими расстройствами
б. психосензорными расстройствами
в. изменениями деятельности органов, общесоматического состояния
- г. всеми перечисленными
д. верно б) и в)
529. Аура характеризуется всеми следующими признаками, кроме
а. кратковременного расстройства сознания (несколько секунд - десятки секунд) (ПК-5)
б. сохранения в памяти субъективных переживаний аффективной симптоматики
г. амнезии окружающей обстановки
д. отсутствия судорожного компонента
530. Группа психических аур включает (ПК-5)
а. психосензорную ауру
б. ауру с ощущением ранее никогда не виденного и уже виденного прежде
в. идеаторную ауру
г. все перечисленное
д. верно а) и б)
531. В группе психических аур выделяют (ПК-5)
а. идеаторную ауру
б. ауру с помрачением сознания, близкую к онейроиду
в. аффективно-мгновенные состояния
г. все перечисленное
д. верно б) и в)
532. Эпилептическое состояние характеризуется (ПК-5)
а. серией непрерывно следующих друг за другом больших эпилептических припадков
б. продолжительностью состояния от нескольких часов до нескольких суток
в. пребыванием больного длительно в оглушении, сопоре или коме
г. всем перечисленным
д. верно б) и в)
533. Малые припадки характеризуются следующими признаками (ПК-5)
а. полным выключением сознания
б. судорожным радикалом
в. разнообразием клинических проявлений
г. верно а) и б)
д. всем перечисленным
534. К малым припадкам относятся все перечисленные, кроме (ПК-5)
а. парциальных джексоновских припадков
б. абсансов
в. пропульсивных (акинетических) припадков
г. ретропульсивных припадков
д. импульсивных (миоклонических) припадков
535. Галлюцинаторный вариант сумеречного расстройства сознания включает все перечисленное, кроме (ПК-5)
а. отрешенности
б. аффекта тоски, злобы, напряжения
в. импульсивных влечений
г. преобладания галлюцинаторных расстройств
д. внешне неправильного поведения
536. Бредовый вариант сумеречного расстройства сознания характеризуется всем перечисленным, исключая (ПК-5)
а. внешне правильное поведение
б. глубокую дезориентировку
в. отрешенность
г. преобладание бредовой симптоматики
д. двигательное возбуждение
537. Амбулаторные автоматизмы разделяются на все перечисленные, кроме (ПК-5)
а. амбулаторных автоматизмов с резчайшим хаотическим двигательным возбуждением
б. ротаторных автоматизмов
в. абсансов
г. трансов
д. фуг
538. Аффективные бессудорожные пароксизмы характеризуются
а. тоскливо-злобно-напряженным аффектом (ПК-5)
б. тоскливо-подавленным аффектом с ипохондрическими высказываниями
в. пониженно-тоскливым аффектом с суицидальными мыслями
г. всем перечисленным
д. верно б) и в)
539. Изменения личности при эпилепсии характеризуются следующими признаками (ПК-5)
а. речевой торпидностью (обстоятельность, застревание на деталях, трудность переключения)

- б. двигательной торпидностью
в. полярностью психических нарушений (подобострастие контрастирует со злобностью и т.д.)
г. ни одним из перечисленных признаков
д. всеми перечисленными
540. Изменения личности при эпилепсии характеризуются всеми перечисленными признаками, кроме (ПК-5)
а. снижения психической активности
б. инфантилизма
в. злопамятности
г. эгоцентризма
д. педантизма, скрупулезности
541. Изменения личности при эпилепсии характеризуются следующими признаками (ПК-5)
а. истерическими расстройствами
б. астеническими расстройствами
в. психопатоподобными расстройствами
г. всеми перечисленными
д. ни одним из перечисленных
542. При острых эпилептических психозах без помрачения сознания выделяются (ПК-5)
а. острые параноиды
б. острые аффективные психозы
в. резидуальные бредовые постприступные психозы
г. все перечисленное
д. ничего из перечисленного
543. Хронические эпилептические психозы проявляются (ПК-5)
а. паранойальными состояниями
б. галлюцинаторно-параноидными состояниями
в. кататоническими расстройствами
г. всем перечисленным
д. ничем из перечисленного
544. Галлюцинаторно-параноидные эпилептические психозы характеризуются всеми следующими признаками, кроме (ПК-5)
а. взаимосвязи галлюцинаторных и бредовых расстройств
б. взаимосвязи фабулы бреда с характером психических автоматизмов
в. аутовисцероскопических галлюцинаций
г. злобно-напряженного или приподнято-экстатического аффекта
д. недоступности
545. Скрытая психическая эпилепсия характеризуется следующими признаками (ПК-5)
а. отсутствием судорожных пароксизмов
б. выраженными изменениями личности - в части случаев
в. эндоформными по структуре психозами
г. всем перечисленным
д. ничем из перечисленного
546. Пароксизм дизцефальной (вегетативной) эпилепсии характеризуется всеми следующими признаками, кроме (ПК-5)
а. гаммы вегетативных расстройств
б. неполного выключения сознания
в. клонических судорог
г. тонических судорог - в части случаев
д. продрома в форме головных болей, ощущений голода, жажды, аффективной лабильности
547. Клинические особенности височной (психомоторной) эпилепсии характеризуются всеми следующими признаками, кроме (ПК-5)
а. пароксизмально возникающих приступов катапексии
б. глубоких и типичных изменений личности
в. генерализованных и негенерализованных пароксизмов
г. начала припадков с выраженной аурой, разнообразной структуры
д. бессудорожных пароксизмов с различными вариантами сумеречных состояний
548. Патогенез психических нарушений при эндокринных заболеваниях обусловлен (ПК-1)
а. органическим поражением мозга
б. непосредственным влиянием на ЦНС гормональных сдвигов
в. обменным, сосудистыми и другими соматическими нарушениями
г. всем перечисленным
д. ничем из перечисленного
549. При эндокринных заболеваниях в патогенезе психических нарушений играют роль (ПК-1)
а. только явления органического поражения мозга
б. только гормональные сдвиги
в. как биологические факторы, так и психогенные влияния и реакции личности на заболевание и вызванные им изменения
г. только психогенные факторы
д. только наследственные факторы
550. Психические расстройства при эндокринных заболеваниях могут быть представлены (ПК-5)
а. психопатоподобными синдромами
б. амнестическо-органическим синдромом
в. острыми психозами
г. всем перечисленным
д. ничем из перечисленного
551. Психозы при эндокринных заболеваниях проявляются всем перечисленным, кроме (ПК-5)
а. снижения психической активности
б. кататонических расстройств
в. утраты реакции на эмоционально значимые стимулы
г. изменения влечения и инстинктов
д. аффективных расстройств с преобладанием смешанных состояний
552. Психические расстройства при диффузном токсическом зобе проявляются всем перечисленным, кроме (ПК-5)
а. аффективной лабильности
б. тревожно-депрессивных состояний
в. меланхолических депрессивных состояний
г. бессонницы и депрессивно-ипохондрического состояния
д. кроме а) и б)
553. Психические расстройства при гипотиреозе представлены всем перечисленным, исключая (ПК-5)
а. расстройства памяти и интеллекта
б. брадикардию
в. бессонницу
г. экзогенно-органические психозы
д. шизофреноподобные психозы
554. При легкой степени тяжести черепно-мозговой травмы выявляется все перечисленное, кроме (ПК-1)
а. первоначального отключения сознания длительностью несколько часов
б. скоропреходящей астении
в. отсутствия последующего оглушения или наличия легкой обнуляции
г. ретроградной амнезии, распространяющейся только на момент травмы и ближайшие к ней периоды времени (часы)
д. возможности отсутствия жалоб на плохое самочувствие или наличия отдельных общемозговых симптомов в остром периоде
555. При средней степени тяжести черепно-мозговой травмы выявляется все перечисленное, кроме (ПК-1)
а. первоначального отключения сознания длительностью от нескольких минут до нескольких часов
б. возможности возникновения в остром периоде только легкой астении
в. последующей обнуляции, сохраняющейся от 1-2 часов до 1-2 дней
г. ретроградной амнезии, охватывающей события нескольких дней, возможности антероградной амнезии
д. разнообразных церебрально-органических жалоб, снижения запоминания, трудности воспроизведения в остром периоде
556. При тяжелой черепно-мозговой травме (ПК-1)
а. наступает сопор или кома продолжительностью несколько суток
б. постоянны мнестические нарушения (антероградная, ретроградная, фиксационная амнезия)
в. в остром периоде возникают выраженные проявления психоорганического синдрома
г. верно все перечисленное
д. неверно все перечисленное
557. Посттравматическая астения
а. является постоянным симптомом перенесенной черепно-мозговой травмы
б. возникает только при коммациях головного мозга
в. возникает только при контузиях головного мозга
г. является непосредственным симптомом перенесенной черепно-мозговой травмы
д. возникает только при открытых черепно-мозговых травмах

558. Нейросифилис (сифилис нервной системы) (ПК-5)
- развивается в результате заражения бледной трепонемой
 - объединяет сифилис головного мозга и прогрессивный паралич
 - представлен более ранним со времени заражения заболеванием (сифилис мозга) и более поздним (прогрессивный паралич)
 - верно все перечисленное
 - неверно все перечисленное
559. При сифилисе мозга могут наблюдаться расстройства (ПК-5)
- психопатоподобные
 - неврозоподобные
 - пароксизмальные
 - все перечисленные
 - никакие из перечисленные
560. При сифилисе мозга могут наблюдаться (ПК-5)
- эндоформные расстройства
 - экзогенные типы реакций
 - разнообразные проявления психоорганического синдрома
 - все перечисленные нарушения
 - верно а) и б)
561. При сифилитической неврастении наблюдаются (ПК-5)
- стойко пониженное, нередко сопровождаемое тревожной настроением
 - головные боли, усиливающиеся по ночам
 - неприятные болезненные ощущения в теле
 - все перечисленные симптомы
 - ни один из перечисленных симптомов
562. К неврологическим симптомам, встречающимся при сифилитической неврастении относятся (ПК-5)
- анизокория
 - вялая реакция зрачков на свет
 - повышение и неравномерность сухожильных рефлексов
 - все перечисленные
 - верно а) и б)
563. На начальных этапах развития опухолей головного мозга могут наблюдаться все следующие психические расстройства, кроме (ПК-5)
- замедления темпа мышления
 - снижения внимания
 - острого вербального галлюциноза
 - нарушения памяти
 - патологической сонливости
564. В острой стадии эпидемического энцефалита могут наблюдаться все следующие психические расстройства, кроме (ПК-5)
- острого вербального галлюциноза
 - патологической сонливости
 - психозов с помрачением сознания
 - апатико-адинамического состояния
 - психомоторного возбуждения
565. В острой стадии эпидемического энцефалита могут наблюдаться следующие виды расстройств сознания (ПК-5)
- оглушение
 - делирий
 - онейроид
 - все перечисленные
 - ничего из перечисленного
566. В интервале между острой и хронической стадиями эпидемического энцефалита возможны все следующие расстройства, кроме (ПК-5)
- псевдоневрастенических расстройств
 - идеомоторного возбуждения
 - слабости побуждений
 - адинамии
 - замедленности психических процессов
567. Псевдоневрастенические расстройства в интервале между острой и хронической стадиями эпидемического энцефалита проявляются всеми следующими расстройствами, кроме (ПК-5)
- суетливости
 - утомляемости
 - нарушения сна
 - раздражительности
 - сниженного настроения с оттенком дисфории
568. Психопатоподобные расстройства в начальном периоде сенильной деменции включают все перечисленное, кроме (ПК-2)
- сужения круга интересов
 - эйфорического оттенка настроения
 - эгоцентризма
 - эмоционального снижения
 - подозрительности
569. Трансличные сенильные изменения включают все перечисленное, кроме (ПК-2)
- угрюмости, ворчливости
 - скупоности
 - тревожных опасений за судьбу близких
 - подозрительности
 - легковерности
570. В начальной стадии сенильной деменции наблюдается (ПК-2)
- расторжение низших влечений
 - упрямство и ригидность
 - сужение круга интересов
 - все перечисленное
 - ничего из перечисленного
571. Острая пресбиофрения (старческая спутанность) протекает (ПК-5)
- с делириозно-аментивным помрачением сознания
 - с выраженным возбуждением
 - с возможным резким ухудшением соматического состояния
 - со всем перечисленным
 - ни с чем из перечисленного
572. Для хронической пресбиофрении (конфабуляторной формы) сенильной деменции характерно (ПК-5)
- повышенное настроение с оттенком эйфории
 - обилие конфабуляций
 - сдвиг ситуации в прошлое с возможностью развития лжеделирия Жислина
 - все перечисленное
 - ничего из перечисленного
573. Старческое слабоумие отличается от сосудистого (ПК-5)
- длительным сохранением живости и выразительности речи
 - неуклонно прогрессивным характером течения
 - большей тяжестью слабоумия
 - всем перечисленным
 - ничем из перечисленного
574. В отличие от сенильной деменции при болезни Альцгеймера (ПК-5)
- более быстрый темп распада памяти
 - не бывает "старческого делирия"
 - значителен удельный вес апрактических проявлений
 - верно все перечисленное
 - все перечисленное неверно
575. Для болезни Пика характерно (ПК-5)
- раннее поражение высших форм интеллекта
 - быстрое исчезновение критики
 - сравнительно меньше страдают "инструментальные функции" интеллекта
 - все перечисленное
 - ничего из перечисленного
576. При болезни Пика наблюдается все перечисленное, кроме (ПК-5)
- сензорной афазии
 - эхолической речи
 - логоклонии
 - стоячих оборотов
 - кроме б. и г.
577. К нарушениям интеллектуального развития относят (ПК-5)
- врожденные и рано приобретенные нарушения с признаками недоразвития психики в целом, но преимущественно - интеллекта
 - только врожденные нарушения
 - приобретенные нарушения с полным распадом психической деятельности
 - только рано приобретенные нарушения без признаков распада психической деятельности
 - приобретенные в различные сроки жизни нарушения с преимущественным поражением интеллектуальной сферы
578. При нарушениях интеллектуального развития возможно все перечисленное, кроме (ПК-5)
- признаков прогрессивности
 - эволютивной динамики
 - периодов декомпенсации под влиянием возрастных

- кризов
- г. периодов компенсации
- д. периодов декомпенсации под влиянием психических факторов
579. К нарушениям интеллектуального развития могут быть отнесены (ПК-5)
- а. врожденные или возникающие в детстве прогрессирующие заболевания, ведущие к слабоумию
- б. остаточные явления органического поражения головного мозга с деменцией
- в. вторичные задержки развития, обусловленные физическими дефектами
- г. все перечисленные утверждения
- д. ни одно из перечисленных утверждений
580. Термин «симптоматические психозы» объединяет все перечисленные виды психопатологических состояний, кроме (ПК-1)
- а. психотических состояний в результате черепно-мозговых травм
- б. психотических состояний при общих инфекционных заболеваниях
- в. психотических состояний при общесоматических заболеваниях
- г. психотических состояний при интоксикациях
- д. кроме а) и в)
581. Смысл концепции об экзогенном типе реакций заключается в том, что (ПК-1)
- а. различные экзогенные вредности вызывают общие типы реакций
- б. одна и та же экзогенная вредность вызывает различные типы реакций
- в. каждой экзогенной вредности соответствует свой тип реакции
- г. любая экзогенная вредность вызывает психическую реакцию экзогенного типа
- д. любая реакция экзогенного типа является проявлением скрытого эндогенного заболевания
582. Сила и продолжительность действующей на организм вредности влияет (ПК-1)
- а. на структуру симптоматического психоза
- б. на продолжительность симптоматического психоза
- в. на исход симптоматического психоза
- г. на все перечисленное
- д. влияние отсутствует
583. К острым симптоматическим психозам относятся все перечисленные психопатологические состояния, кроме (ПК-5)
- а. конфабулеза
- б. эпилептиформного возбуждения
- в. онирического состояния
- г. острого вербального галлюциноза
- д. органического психосиндрома
584. Классификация пограничных состояний включает (ПК-5)
- а. расстройства личности
- б. реактивные состояния и психозы
- в. невротические расстройства
- г. все перечисленное
- д. верно а) и в)
585. Для состояния оглушения характерно все перечисленное, кроме (ПК-5)
- а. затруднения восприятия внешних раздражений
- б. затруднения ассоциативного процесса
- в. бессвязного мышления
- г. дезориентировки в окружающем
- д. кроме а) и г)
586. Для делирия характерны все перечисленные психические расстройства, кроме (ПК-5)
- а. парейдолии
- б. зрительных галлюцинаций
- в. синдрома Кандинского-Клерамбо
- г. аффективных расстройств
- д. двигательного возбуждения
587. Для аменции характерны все перечисленные психические расстройства, кроме (ПК-5)
- а. растерянности
- б. инкогеренции
- в. возбуждения в пределах постели
- г. обильных сценородных зрительных галлюцинаций
- д. симптома карфологии
588. Для эпилептиформного возбуждения характерно все перечисленное, кроме (ПК-5)
- а. внезапного возникновения
- б. сумеречного помрачения сознания
- в. симптома карфологии
- г. резкого двигательного возбуждения
- д. аффекта страха
589. Для органического психосиндрома характерно (ПК-5)
- а. снижение памяти
- б. снижение сообразительности
- в. снижение воли
- г. все перечисленное
- д. ничего из перечисленного
590. Для астенического варианта психоорганического синдрома характерны все перечисленные психические расстройства, кроме (ПК-5)
- а. истошности
- б. раздражительной слабости
- в. агрессивности
- г. гиперестезии
- д. эффективной лабильности
591. Для эксплозивного варианта психоорганического синдрома характерны все перечисленные психические расстройства, кроме (ПК-5)
- а. раздражительности
- б. аспонтанности
- в. взрывчатости
- г. агрессивности
- д. склонности к паранойяльным сверхценным образованиям
592. Эйфорический вариант психоорганического синдрома характеризуется всеми перечисленными психическими расстройствами, кроме (ПК-5)
- а. повышенного фона настроения с оттенком эйфории
- б. нарушений памяти по типу фиксационной амнезии
- в. бестолковости
- г. резкого снижения критики к своему состоянию
- д. повышения влечений
593. Для апатического варианта психоорганического синдрома характерно (ПК-5)
- а. аспонтанность
- б. безразличие к окружающему
- в. значительные дисмнестические расстройства
- г. все перечисленное
- д. ничего из перечисленного
594. Для неврастении характерно все перечисленное, кроме (ПК-5)
- а. преобладания общеневротических (астенических) расстройств
- б. наличия нарушений сна, головных болей, различных вегето-висцеральных расстройств
- в. преобладания интеллектуальной астении
- г. наличия астено-ипохондрических, астено-депрессивных, астено-фобических расстройств
- д. наличия гиперестезии и гиперпатичности в отношении внутренних органов
595. Причиной возникновения неврастении является все перечисленное, исключая (ПК-1)
- а. противоречия между возможностями личности и завышенными требованиями к себе
- б. утомление и переутомление как следствие сбоя внутреннего ритма
- в. срыв при попытке выполнить непосильную задачу с субъективно-тягостным отказом от заманчивой цели
- г. наличие тормозных черт характера, но также и у гармоничных личностей
- д. наличие выраженных истерических черт
596. Основными признаками расстройства личности (по П.Б. Ганнушкину и О.В. Кербикову) являются (ПК-5)
- а. тотальность характерологических нарушений
- б. стойкость характерологических нарушений
- в. выраженность до степени изменения социальной адаптации
- г. все перечисленные
- д. ни один из перечисленных
597. Для расстройства личности характерно (ПК-1)
- а. стойкие аномалии личности
- б. дисгармония эмоционально-волевой сферы
- в. преобладание своеобразного, преимущественно аффективного мышления
- г. все перечисленное

- д. ничего из перечисленного
598. Для психического инфантилизма при психопатии характерно все перечисленное, кроме того, что он (ПК-1)
- носит парциальный характер
 - выявляется в преобладающей роли незрелости мышления и аффективной сферы
 - характеризуется наличием незрелости, несамостоятельности, необходимости поддержки
 - выявляется появлением оппозиции, псевдосамостоятельности
- д. носит тотальный характер
599. К особенностям психопатических личностей относится все перечисленное, кроме (ПК-1)
- слабости самообладания, самоконтроля
 - наличия аффективных колебаний
 - тенденции к возникновению реактивных состояний при трудностях
 - недостаточной способности приводить манеру своего поведения к меняющимся условиям внешней среды
 - эндогенных, внешне не мотивированных сдвигов
600. Проявлениями динамики расстройства личности является (ПК-1)
- компенсация, декомпенсация, стабилизация
 - фазы
 - реакции
 - развитие
 - все перечисленное
601. Фазы при расстройствах личности (ПК-1)
- возникают без видимой причины, аутононно
 - не исключена их связь с внешними влияниями, психогенными воздействиями, менструальным циклом, соматическими заболеваниями, изменениями погоды
 - стойкие фазы свидетельствуют о более глубоком (по сравнению с реактивно обусловленной декомпенсацией) нарушении
 - верно все перечисленное
 - все перечисленное неверно
602. При компенсации расстройств личности наблюдаются (ПК-1)
- минимальные проявления патологических черт характера
 - удовлетворительные показатели социальной приспособляемости
 - временная адаптация личности к микросреде
 - все перечисленное
 - верно а) и в)
603. Декомпенсация расстройств личности характеризуется (ПК-1)
- явным обострением состояния
 - обнажением всех основных патологических свойств личности
 - временным или длительным нарушением имевшейся прежде социальной адаптации
 - всем перечисленным
 - верно б) и в)
604. Психопатические реакции представляют собой (ПК-1)
- достаточно остро возникающие количественные изменения выраженности личностных проявлений
 - следует за непосредственной причиной, являясь ответом на внешний повод
 - значительные усиленные характерологические черты являются основным комплексом
 - все перечисленное
 - ничего из перечисленного
605. Развития расстройств личности подразумевают (ПК-1)
- ряд реакций, фиксирующих постепенно клинические явления
 - относительно стойкие изменения личности
 - конституциональное, трансформирующее и патологическое развитие
 - все перечисленное
 - ничего из перечисленного
606. В понятии об акцентуированных личностях верно все перечисленное, кроме (ПК-1)
- утрирования определенных черт характера, не доходящих до степени, как при психопатии
 - выраженности до степени, нарушающей социальную адаптацию
 - черт, которые проявляются не везде и не всегда, а только при определенных условиях
 - подразделения на явную и скрытую степень акцентуации парциальности, а не тотальности охваченности личности
607. Невротический фобический синдром характеризуется всем перечисленным, кроме (ПК-5)
- сложного, психологически непонятного характера ритуалов
 - наличия четкой фабулы
 - обострения в ситуациях
 - четкой критики выраженного компонента борьбы
 - преобладания различных фобий к страху смерти, перемещения в пространстве, страху заболевания
608. Невротические obsessions проявляются (ПК-5)
- преобладанием навязчивых опасений
 - навязчивыми сомнениями, воспоминаниями, представлениями
 - частотой контрастных навязчивостей
 - всем перечисленным
 - ничем из перечисленного
609. Невротический астенический синдром проявляется всем перечисленным, кроме (ПК-5)
- собственно астенических расстройств с наличием гиперстетической, гипостетической формы и раздражительной слабости
 - легких нарушений сознания
 - вегетативных расстройств
 - сензомоторных и аффективных расстройств
 - нарушений сна и мышления
610. Невротическая ипохондрия проявляется всем перечисленным, исключая (ПК-5)
- чрезмерную заботу и беспокойство о своем здоровье в целом и о работе систем организма
 - возникновение неприятных ощущений, источником которых являются физиологические изменения соматических функций
 - наличие характера сделанности неприятных ощущений
 - эмоционально-аффективные нарушения
 - тревожную мнительность, в связи с воспитанной чрезмерной заботой о своем здоровье, тенденцию к постоянному контролю внутренних органов
611. Невротическая депрессия характеризуется всем перечисленным, кроме (ПК-5)
- возникновения психогенно с отражением психотравмирующей ситуации
 - ведущих проявлений в виде слабости с подавленностью, эмоциональной неустойчивостью
 - "бегства в работу" с выполнением большого объема работы
 - волнообразности течения
 - выраженных явлений заторможенности и суточных колебаний
612. Для невротической головной боли с преимущественным участием нервно-мышечных нарушений характерно все перечисленное, кроме (ПК-5)
- ощущения внешнего давления, стягивания, натяжения, ощущения "каска"
 - болезненности кожи головы, ощущения онемения
 - ощущения переливания, шевеления в голове
 - постоянства головной боли с периодическим усилением, усилением боли от охлаждения
 - частого сочетания с тревогой и ипохондричностью
613. Для невротического кардиологического синдрома характерно все перечисленное, кроме (ПК-5)
- появления резкой загрудинной боли с проводимостью в левую лопатку при физических нагрузках
 - разнообразных болевых ощущений в сердце, чаще с локализацией в верхушке
 - постоянных либо продолжающихся часами связанных с эмоциональным напряжением
 - большей эффективности седатиков и психотерапии, чем спазмолитиков
614. Для неврологического синдрома нарушения сердечного ритма характерно все перечисленное, кроме (ПК-5)
- субъективных ощущений ударов сердца о грудную клетку без истинной тахикардии
 - возникновения брадикардии или тахикардии
 - связанности с эмоциональным напряжением с нередким усилением при физическом покое в условиях возможности сосредоточения на своих ощущениях
 - возникновения пароксизмальной тахикардии
 - возникновения экстрасистолической аритмии с ощущением "замирания", перебоев

615. Невротические нарушения ритма дыхания проявляются всем перечисленным, кроме (ПК-5)
- утраты полноценности вдоха, для преодоления чего форсируются дыхательные движения
 - появления ощущения сделанности дыхания
 - возникновения из-за гипервентиляции комплекса ощущений: легкое головокружение, подташнивание, отсутствие потребности во вздохе
 - появления задержки дыхания, утраты непроизвольного дыхания
 - постоянного контроля за дыханием с ощущением неправильности ритма и тревогой
616. Для невращения характерно все перечисленное, кроме (ПК-5)
- преобладания общевротических (астенических) расстройств
 - наличия нарушений сна, головных болей, различных вегето-висцеральных расстройств
 - преобладания интеллектуальной астении
 - наличия астено-ипохондрических, астено-депрессивных, астено-фобических расстройств
 - наличия гиперестезии и гиперпатичности в отношении внутренних органов
617. Причиной возникновения невращения является все перечисленное, исключая (ПК-1)
- противоречия между возможностями личности и завышенными требованиями к себе
 - утомление и переутомление как следствие сбоя внутреннего ритма
 - срыв при попытке выполнить непосильную задачу с субъективно-тягостным отказом от заманчивой цели
 - наличие тормозных черт характера
 - наличие выраженных истерических черт
618. Невроз навязчивых состояний проявляется всем перечисленным, исключая (ПК-5)
- преобладание фобий, единичных либо сочетанных, либо с присоединением одного к другому
 - более редкое присоединение obsessивных расстройств
 - преобладание "умственной жвачки", абстрактных идеаторных obsessий
 - наличие общевротических расстройств с характерным стереотипом развития
 - простоту, психологическую понятность ритуалов
619. Диссоциативное расстройство проявляется (ПК-5)
- полиморфной и пестрой симптоматикой, часто имитирующей различные соматические заболевания
 - вегето-соматическими, общевротическими, эмоционально-аффективными нарушениями
 - моторными расстройствами (судорожными припадками, астазией-абазией, тиками, афонией и т.д.)
 - всем перечисленным
 - ничем из перечисленного
620. Течение и прогноз неврозов характеризуется (ПК-5)
- редкими, сравнительно кратковременными состояниями
 - рецидивирующим и затяжным течением
 - переходной в невротическое развитие
 - всем перечисленным
 - ничем из перечисленного
621. Недоразвитие отдельных психических функций и форм познавательной деятельности – речи, счетных операций, пространственной ориентации можно отнести к (ПК-5)
- общей (тотальной) ретардации
 - асинхронии психического развития
 - дизонтогенезу по типу парциальной ретардации
 - нарушению интеллектуального развития
 - деменции
622. Для синдрома Каннера наиболее характерно (ПК-5)
- слабость эмоционального реагирования
 - склонность к стереотипным движениям
 - отсутствие потребности в контактах с окружающими
 - боязнь всего нового (неофобия)
 - моторные стереотипии
623. Отсутствие потребности в контактах с окружающими при достаточном интеллектуальном уровне отмечается (ПК-5)
- при синдроме Каннера
 - при синдроме Аспергера
 - при органическом варианте раннего детского аутизма
 - при психическом инфантилизме
 - при всем перечисленном
624. За маской гиперкинетического синдрома с повышенной активностью, говорливостью, приподнятым настроением у детей может скрываться (ПК-5)
- гипомания
 - субдепрессия
 - гиперкомпенсаторные реакции
 - бредовая настроенность
 - гебефрения
625. Основным признаком отличия страхов сверхценного содержания от навязчивых страхов является (ПК-5)
- содержание страхов отражает определенные объекты, вызвавшие недуг
 - представления об устрашающих объектах доминируют в сознании
 - ребенок убежден в обоснованности страхов и не пытается их преодолеть
 - верно а. и б.
 - верно все перечисленное
626. Бредовый характер страхов помогает определить у ребенка следующий признак (ПК-5)
- страхи возникают вне зависимости от психотравмирующей ситуации
 - страхи обнаруживают склонность к постоянству
 - страхи не корректируются
 - бредовые страхи сочетаются с симптомами психотического уровня, например, с галлюцинациями
 - имеют значение все перечисленные признаки
627. Чрезмерное фантазирование со стремлением реализовать в фантазиях неосуществленные в жизни желания у детей и подростков с теми или иными физическими недостатками (слепотой, глухотой, поражениями опорно-двигательного аппарата и т.п.) следует отнести (ПК-5)
- к бредоподобным фантазиям
 - к фантазии с навязчивыми идеями
 - к сверхценным, гиперкомпенсаторным фантазиям
 - к бреду воображения
 - к аутизму
628. К основным признакам мутизма как реакции протеста у детей следует отнести (ПК-5)
- в основе мутизма лежат сверхценные переживания (обида, ущемленное самолюбие и т.п.)
 - мутизм возникает в связи с психической травмой
 - мутизм сочетается с другими невротическими расстройствами
 - верно все перечисленное
 - неверно все перечисленное
629. Синдром односторонних интересов и увлечений наиболее часто наблюдается (ПК-5)
- в дошкольном возрасте
 - в младшем школьном возрасте
 - в пубертатном периоде
 - в юношеском возрасте
 - у взрослых
630. В связи с модой у девочки-подростка возникает страх излишней полноты, который приводит к длительному голоданию. Это состояние следует оценить как (ПК-5)
- навязчивую анорексию
 - бредовую анорексию
 - сверхценную анорексию
 - скрытую депрессию
 - психологически понятное поведение здорового подростка
631. Состояние ребенка определяется высокой истощаемостью психических процессов наряду с повышенной раздражительностью, гиперестезией. Его можно расценить как (ПК-5)
- апато-абулический синдром
 - астению
 - субдепессию
 - гипоманию
 - дистимию
632. Длительное (недели и более) расстройство настроения с подавленностью, грустью, жалобами на скуку, капризностью, плаксивостью, двигательной заторможенностью, снижением аппетита и нарушением сна, общим недомоганием, жалобами на боли в животе при отсутствии соматического заболевания следует расценивать как (ПК-5)
- астенический синдром
 - неврозоподобный синдром
 - фобический синдром

- г. депрессивный синдром
д. дисморфоманический синдром
633. Упорное стремление кусать ногти, сосать палец, выдергивать волосы на волосистой части головы или бровях, раздражать половые органы, раскачиваться перед сном с получением при этом определенного удовольствия или ослабления внутреннего напряжения у детей следует характеризовать как (ПК-5)
а. ритуалы
б. гиперкинезы
в. патологические привычные действия
г. тики
д. парабулии
634. Двигательная расторможенность, непоседливость, общая возбудимость, неустойчивость внимания у детей характерны для (ПК-5)
а. неврозоподобного синдрома
б. гиперкинетического (гипердинамического) синдрома
в. психопатоподобного синдрома
г. гипоманиакального синдрома
д. кататонического синдрома
635. У ребенка отмечаются выраженные нарушения поведения при отсутствии в его воспитании примера для правильной социальной ориентировки. Причиной этому может быть (ПК-5)
а. органическое заболевание головного мозга
б. расстройство адаптации личности к окружающей среде
в. расстройство личности
г. диссоциативное расстройство
д. нарушение интеллектуального развития
636. У ребенка эксплозивность сочетается со склонностью к дисфориям, гиперсоциальные черты - с обстоятельностью, чрезмерной аккуратностью, утрированным стремлением к справедливости. Это состояние возможно расценить как (ПК-5)
а. вариант нормального развития личности
б. истероидные черты характера
в. шизоидные изменения личности
г. эпилептоидные черты характера
д. циклоидные черты характера
637. У ребенка имеются зрительные галлюцинации, которые сопровождаются психомоторным возбуждением, отличаются подвижностью, воспринимаются больным как реальные объекты. Имеют место признаки помрачения сознания. Указанное состояние следует определять как (ПК-5)
а. зрительный галлюциноз
б. делирий
в. онейроидное помрачение сознания
г. аменцию
д. сумеречное помрачение сознания
638. Сверхценные индуцированные образования у подростков чаще всего наблюдаются при (ПК-5)
а. шизофрении
б. психогенном развитии личности
в. расстройствах личности
г. психических нарушениях в связи с органическим поражением головного мозга
д. нарушении интеллектуального развития
639. У девочки 5 лет поведение стойко и длительно определяется приподнятым настроением, фантазией со стереотипным повторением сказочного сюжета, где ей принадлежит центральная роль. Она отождествляет себя с образом «сестрицы Аленушки». Такое состояние следует расценить как (ПК-5)
а. сверхценные фантазии
б. бредоподобные фантазии
в. аффективно-бредовое состояние
г. фантазии здорового ребенка
д. делириозное помрачение сознания
640. Депрессивное настроение у ребенка сопровождается тревогой, боязливостью, эпизодами страха с чувством угрозы, постороннего присутствия (придет старик, схватит Баба-Яга), утратой критики. Это состояние следует расценить как (ПК-5)
а. систематизированный бред
б. образный бред
в. бредоподобные фантазии
г. аффективно-бредовое состояние
д. делириозное помрачение сознания
641. У больного ребенка имеются незавершенные, рудиментарные бредовые идеи. Идеи отношения сочетаются с патологическим воображением, которое носит характер воспоминаний сцен, относящихся к прошлому. Такой бред следует характеризовать как (ПК-5)
а. систематизированный бред
б. образный бред
в. бред воображения
г. отрывочный бред
д. любой из перечисленных
642. У подростка с приподнятым настроением поведение полностью определяется господствующей идеей о построении «справедливого общества» на планетах. Это состояние следует оценить как (ПК-5)
а. бредоподобные фантазии
б. систематизированный бред реформаторства
в. сверхценную идею реформаторства
г. увлечения здорового подростка
д. бред воображения
643. Подросток логически обосновывает неприязненное отношение к себе окружающих тем, что у него «отталкивающая внешность». Поведение определяется переживаниями больного. В этом случае имеет место (ПК-5)
а. идея отношения
б. дисморфофобическая бредовая идея
в. депрессивная бредовая идея
г. поведенческая реакция здорового подростка
д. сочетание а. и б.
644. Возбуждение ребенка выражается в бесцельной маятникообразной ходьбе от препятствия к препятствию, однообразном беге по кругу («манежный бег»), стереотипных подпрыгиваниях, выкриках бессмысленных звукосочетаний, повторений слов и действий окружающих. В этом случае имеет место (ПК-5)
а. возбуждение в структуре аффективных расстройств
б. психопатоподобный синдром
в. психомоторный пароксизм
г. кататоническое возбуждение
д. тревожное возбуждение
645. У ребенка застывание в одной позе, застывший взгляд, маскообразное лицо, руки согнуты в локтевых суставах и прижаты к туловищу, полное молчание (мутизм), негативизм. Это состояние следует характеризовать как (ПК-5)
а. психогенный ступор
б. кататонический ступор
в. истерический ступор
г. депрессивный ступор
д. экстрапирамидный акинето-ригидный синдром
646. У детей раннего возраста при аффективных нарушениях наиболее ярко выступает (ПК-5)
а. аффективный компонент
б. идеаторный компонент
в. моторный компонент
г. сомато-вегетативный компонент
д. верно а. и б.
647. Проявлением депрессии у подростка может быть (ПК-5)
а. нарушение поведения
б. снижение школьной успеваемости
в. снижение настроения
г. все перечисленное
д. ничего из перечисленного
648. На процессуальный характер «увлечения» подростка указывает (ПК-5)
а. охваченность
б. несоответствие возрасту
в. вычурность
г. все перечисленное
д. ничего из перечисленного
649. Аноректический синдром у мальчиков чаще встречается при (ПК-5)
а. шизофрении
б. пубертатной эндореактивной анорексии
в. расстройстве личности
г. верно б. и в.
д. верно все перечисленное
650. Для процессуального астено-ипохондрического синдрома у подростка характерны все перечисленные признаки, кроме (ПК-5)
а. вычурности ипохондрических жалоб
б. выраженности сенестопатий

- в. сохранности подростковых поведенческих реакций
г. снижения настроения
д. кроме а. и в.
651. Отрыв от реальности, отсутствие или снижение потребности в общении, отчуждение от окружающих, отсутствие дискриминации между одушевленными и неодушевленными предметами наиболее характерно (ПК-5)
а. для малопрогрессирующей шизофрении
б. для энцефалопатии с задержкой психического развития
в. для синдрома Каннера
г. верно а) и б)
д. верно все перечисленное
652. Манифест шизофрении со злокачественным (прогрессирующим) течением наиболее часто отмечается (ПК-5)
а. в юношеском возрасте
б. в младшем школьном возрасте
в. в дошкольном возрасте
г. в пубертатном возрасте
д. в раннем детском возрасте
653. У ребенка эмоциональная ограниченность, обеднение контактов и интересов, психическая ригидность сочетаются с подозрительностью, недоверчивым, враждебным отношением к близким и окружающим людям. Это характерно (ПК-5)
а. для шизофрении с непрерывно-прогрессирующим течением
б. для вялотекущей шизофрении
в. для ремиттирующей шизофрении
г. для шубообразной шизофрении
д. для рекуррентной шизофрении
654. У больного незрелость эмоционально-волевой сферы, мышления, повышение и извращение влечений, эмоциональное оскудение, ослабление интересов, нарушение поведения. Это характерно для (ПК-5)
а. инфантилизма в связи с неблагоприятными условиями воспитания
б. органического инфантилизма
в. расстройства личности
г. шизофрении с психопатоподобным синдромом
д. патохарактерологического развития
655. У больного агрессивно-садистические влечения в виде фантазий с яркими картинами массовых убийств и переживанием удовольствия от жестоких сцен. Это характерно для (ПК-5)
а. расстройства личности
б. патохарактерологического развития
в. психопатоподобного синдрома в связи с органическим поражением центральной нервной системы
г. шизофрении
д. верно все перечисленное
656. У ребенка психопатоподобный синдром включает патологические влечения агрессивно-садистического характера на холодном эмоциональном фоне с выраженным снижением побуждений. В этом случае имеет место (ПК-5)
а. органическое заболевание головного мозга
б. расстройство личности
в. шизофрения
г. патохарактерологическое развитие
д. ничего из перечисленного
657. У ребенка «метафизическая интоксикация» носит характер однообразной деятельности при нарастающем обеднении реальных интересов. Наиболее вероятно у него (ПК-5)
а. патологический пубертатный криз
б. шизофрения
в. шизоидное расстройство личности
г. органическое заболевание головного мозга
д. верно все перечисленное
658. У ребенка сверхценные увлечения имеют незначительный аффективный компонент, преобладает относительно разработанная фабула, отмечается оторванность от реальности и схематизация построений. Этот клинический синдром характерен для (ПК-5)
а. расстройства личности
б. шизофрении
в. психогенном развитии личности
г. пубертатных особенностях личности
д. верно а. и в.
659. К расстройствам психомоторики, характерным для шизофрении у детей и подростков, относятся (ПК-5)
а. кататонические
- б. патологические привычные действия
в. гиперкинезы
г. все перечисленное
д. ничего из перечисленного
660. Задержка темпа развития в форме дисгармонического инфантилизма характерна (ПК-5)
а. для злокачественной детской шизофрении
б. для шизофрении средней степени прогрессирующей
в. для малопрогрессирующей шизофрении
г. для любой из перечисленных форм
д. верно а. и б.
661. У ребенка олигофреноподобный дефект сочетается с манерностью, вычурностью, эмоциональной тупостью и бездеятельностью. Это характерно для (ПК-5)
а. нарушения интеллектуального развития
б. осложненного нарушения интеллектуального развития
в. органического заболевания головного мозга
г. олигофреноподобного дефекта рано начавшейся злокачественной детской шизофрении
д. шизоидного расстройства личности
662. Для дебюта шизофрении у подростков наиболее характерно (ПК-5)
а. неустойчивость настроения
б. повышенная раздражительность
в. снижение чувства симпатии к близким
г. все перечисленное
д. ничего из перечисленного
663. К благоприятным прогностическим признакам начального периода шизофрении у подростков относятся (ПК-8)
а. выраженность аффективных расстройств
б. преобладание неврозоподобной симптоматики
в. преобладание параноидных расстройств
г. преобладание кататонических расстройств
д. верно б. и в.
664. К неблагоприятным прогностическим признакам начального периода шизофрении у подростков относятся (ПК-8)
а. нарушение сна
б. страхи
в. снижение школьной продуктивности
г. верно а. и б.
д. верно все перечисленное
665. Для нарушения влечений при шизофрении у подростков характерно (ПК-5)
а. нестойкость
б. перверзность
в. спаянность с личностью
г. все перечисленное
д. ничего из перечисленного
666. Для эндогенной юношеской астенической несостоятельности наиболее характерно (ПК-5)
а. колебания настроения
б. утрата способности формулировать мысль
в. тревожность
г. все перечисленное
д. ничего из перечисленного
667. При вялотекущей шизофрении у подростков прогностически более благоприятны (ПК-8)
а. неврозоподобные синдромы
б. психопатоподобные синдромы
в. аффективные синдромы
г. параноидный синдром
д. кататонический синдром
668. При неврозоподобной шизофрении у подростков медикаментозное лечение целесообразно начинать (ПК-5)
а. с нормотимиков
б. с ноотропов
в. с антидепрессантов
г. с транквилизаторов
д. существенного значения не имеет
669. Наиболее высокое качество ремиссии при шизофрении у подростков характерно для (ПК-8)
а. периодической шизофрении
б. приступообразно-прогрессирующего типа течения
в. вялопротекающего, малопрогрессирующего типа течения
г. фебрильной шизофрении
д. гебефренической шизофрении
670. Структуру приступа периодической шизофрении у подростков определяют все перечисленные расстройства, кроме (ПК-5)
а. аффективных

- б. астенических
в. кататонических
г. сомато-вегетативных
д. кроме а. и в.
671. Для биполярного расстройства у подростков характерно сочетание депрессии (ПК-5)
а. с немотивированными страхами
б. с нарушениями поведения
в. с неврозоподобными нарушениями речи
г. с бредоподобными фантазиями
д. с персекуторным бредом
672. Наибольшее значение для дифференциальной диагностики аффективного приступа при биполярном расстройстве или шизофрении имеет (ПК-5)
а. длительность и острота возникновения приступа
б. психогенная провокация приступа
в. типичность аффективного синдрома и глубина (уровень) аффективных расстройств
г. наличие симптоматики неврозо- или психопатоподобного круга
д. появление боязливости, беспричинного и беспредметного страха у ребенка или подростка, не отличавшегося тревожностью и боязливостью в преморбиде
673. Для терапии биполярного расстройства в детском и подростковом возрастах предпочтительны антидепрессанты (ПК-5)
а. седативного действия
б. стимулирующего действия
в. балансирующего действия
г. комбинация антидепрессантов седативного и стимулирующего действия
д. существенного значения не имеет
674. Непосредственной причиной обращения к психиатру при биполярном расстройстве у детей и подростков чаще является (ПК-5)
а. витальность переживаний
б. школьные проблемы
в. повторяемость приступов
г. расстройства сна
д. резкое похудание
675. Биполярное расстройство у подростков протекает (ПК-5)
а. под видом соматического заболевания
б. в виде клинически явных аффективных фаз
в. в виде фаз со сложной аффективно-бредовой структурой
г. верно а. и б.
д. верно все перечисленное
676. Наиболее характерным признаком эпилептических ночных страхов является (ПК-5)
а. наличие устрашающих галлюцинаций
б. наличие на ЭЭГ органических изменений
в. сочетание с автоматическими стереотипными движениями
г. выраженность эмоционально-вегетативных нарушений
д. верно а. и б.
677. Сочетание тонических припадков с атипичными абсансами является проявлением (ПК-5)
а. синдрома Уэста
б. синдрома Леннокса - Гасто
в. синдрома Фридмана
г. роландической эпилепсии
д. эпилепсии Янца
678. Эпилептические припадки, наиболее часто возникающие в 3-9 месяцев в виде кратковременного сгибания головы и бедер, сгибания и отведения рук, пропульсивных судорог, нередки серии судорог, диагностируются как (ПК-5)
а. синдром Гасто - Леннокса
б. синдром Уэста
в. синдром Фридмана
г. джексоновская эпилепсия
д. эпилепсия Янца
679. Электроэнцефалографический коррелят синдрома Уэста (ПК-5)
а. дизритмия
б. диффузные комплексы «острая-медленная волна» частотой 2 в секунду
в. уплощение ЭЭГ
г. гипсаритмия
д. ничего из перечисленного
680. Электроэнцефалографический коррелят синдрома Леннокса-Гасто (ПК-52)
а. дизритмия
б. гипсаритмия
в. диффузные комплексы «пик-медленная волна» частотой 1-2 в секунду
г. бисинхронные всплески медленных волн
д. ничего из перечисленного
681. Этиологическими факторами при симптоматическом психозе у детей являются (ПК-8)
а. мозговая инфекция
б. общие инфекции и интоксикации
в. деструктивные повреждения черепа
г. все перечисленные
д. ничего из перечисленного
682. Этиологическим фактором при симптоматическом психозе у детей является (ПК-8)
а. черепно-мозговая травма
б. менингоэнцефалит
в. тяжелые неинфекционные, соматические и хирургические заболевания (например, ожоговая болезнь)
г. все перечисленные
д. ничего из перечисленного
683. Этиологическим фактором при экзогенно-органическом психозе у детей является (ПК-8)
а. черепно-мозговая травма
б. тяжелые общие инфекции
в. психогении
г. верно а. и б.
д. верно все перечисленное
684. Общей патогенетической закономерностью течения экзогенных психических расстройств у детей и подростков является (ПК-5)
а. длительное стабильное течение
б. склонность клиники к регрессионной динамике
в. процессуальное прогрессионное течение
г. фазное течение
д. ремиттирующее течение
685. Характерными возрастными особенностями продромального периода инфекционного психоза у детей являются (ПК-5)
а. истинные галлюцинации
б. сниженное настроение
в. оглушение
г. плаксивость, капризность
д. ничего из перечисленного
686. Для обманов восприятия у детей при симптоматическом психозе характерно (ПК-5)
а. вербальные галлюцинации устрашающего содержания
б. эпизоды иллюзорных и отрывочных гипнагогических галлюцинаций
в. обонятельные галлюцинации и сенестопатии
г. все перечисленное
д. ничего из перечисленного
687. У детей и подростков в интервалах между острой и хронической стадиями могут наблюдаться следующие расстройства (ПК-5)
а. кататонические состояния
б. аутизм
в. бредовые состояния
г. галлюцинаторные состояния
д. психопатоподобные состояния
688. После перенесенного в 7 лет менингоэнцефалита поведение мальчика резко ухудшилось: стал возбудим, раздражителен, импульсивен, агрессивен, уходил из дома, бил мать, «стал бессиловым». Указанная клиническая картина характерна для (ПК-5)
а. возбудимого расстройства личности
б. дисгармонического инфантилизма
в. психопатоподобного синдрома
г. органической деменции
д. астенического синдрома
689. У мальчика 5 лет после перенесенного тяжелого гриппа возник страх пушистых предметов. Затем стал бояться воробьев, голубей. Вскоре стал бояться машин, лифта и др. Настроение было неустойчивым, состояние возбуждения сменялось депрессиями. Указанный синдром характерен (ПК-5)
а. для невротических страхов
б. для неврозоподобных страхов

- в. для астенического синдрома
г. верно а. и б.
д. верно все перечисленное
690. Клиническая картина резидуально-органических нервно-психических расстройств у детей и подростков не включает все перечисленное, кроме (ПК-5)
а. нарушений интеллектуальной деятельности
б. эмоционально-волевой неустойчивости и импульсивности
в. расторможенности влечений
г. истинного аутизма
д. нарушения речи
691. Этиологические факторы нарушения интеллектуального развития в зависимости от времени воздействия разделяются на (ПК-5)
а. наследственные
б. внутриутробные
в. перинатальные и первых 3 лет жизни
г. все перечисленные
д. все перечисленное неверно
692. Для речи больных с нарушением интеллектуального развития характерно все, кроме (ПК-5)
а. маловыразительности, односложности
б. неправильного смыслового употребления слов
в. употребления неологизмов
г. дизартрии
д. аграмматичности построения фраз
693. Для больных с нарушением интеллектуального развития характерны (ПК-5)
а. медлительность, неловкость движений
б. бедность мимики и жестикуляции
в. малая дифференцированность эмоций
г. все перечисленное
д. ничего из перечисленного
694. Для больных с идиотией характерно (ПК-5)
а. IQ менее 20
б. почти полное отсутствие речи и мышления
в. владение элементарными навыками самообслуживания
г. потребность в периодическом надзоре
д. верно а) и б)
695. Для больных с имбецильностью характерно (ПК-5)
а. IQ от 20 до 50
б. возможность обучения письму и чтению
в. элементарные акты самообслуживания
г. способность к самостоятельной трудовой деятельности
д. верно а) и в)
696. Для больных с дебильностью характерно (ПК-5)
а. IQ от 50 до 70
б. способность к обучению
в. плохая механическая память
г. верно а) и б)
д. верно все перечисленное
697. У больных с нарушением интеллектуального развития возможны следующие варианты психозов (ПК-5)
а. с преобладанием аффективных расстройств
б. с преобладанием двигательных расстройств
в. галлюцинаторно-бредовые
г. все перечисленные
д. ничего из перечисленного
698. Общими особенностями для всех психозов при нарушении интеллектуального развития являются все перечисленные, кроме (ПК-5)
а. рудиментарности и фрагментарности продуктивной симптоматики
б. бедности и примитивности высказываний, связанных с болезненными переживаниями
в. склонности к затяжному течению
г. простоты и однообразия клинической картины
д. трудности квалификации симптомов психоза
699. Основное отличие пограничной интеллектуальной недостаточности от нарушения интеллектуального развития состоит в (ПК-5)
а. наличии абстрактного мышления
б. лучшем развитии памяти
в. более гармоничном развитии сферы мотиваций
г. более высокой работоспособности
д. лучшем развитии моторики
700. Интеллектуальная недостаточность, связанная с дефектами воспитания и дефицитом информации с раннего детства, проявляется (ПК-8)
а. в упрощенности мотиваций
б. в низком объеме знаний
в. в нарушениях мнестической деятельности
г. в повышенной истоцаемости
д. верно а) и б)
701. В основе страха школы при «школьном неврозе» лежит (ПК-8)
а. страх разлуки с матерью
б. боязнь трудностей, связанных с учебой
в. страх перед строгим учителем
г. любая из указанных фабул
д. никакая из перечисленных фабул
702. Сочетание психического инфантилизма, истероидных черт характера, воспитания по типу «кумир семьи» - условия для развития (ПК-8)
а. астенического невроза
б. истерического невроза
в. невроза навязчивых состояний
г. депрессивного невроза
д. невроза страха
703. Невропатия, соматическая ослабленность, резидуально-органическая церебральная недостаточность - факторы, типичные для (ПК-8)
а. астенического невроза
б. истерического невроза
в. невроза страха
г. депрессивного невроза
д. невроза навязчивых состояний
704. Для астенического синдрома у детей типичны расстройства настроения в виде (ПК-5)
а. субдепрессии
б. выраженной депрессии
в. тревоги
г. гипотимии или дистимии
д. эйфории
705. Для детей с неврозом навязчивых состояний характерны (ПК-5)
а. тревожно-мнительные черты характера
б. сверхнормативность и перфекционизм
в. обостренное чувство ответственности
г. все перечисленное
д. ничего из перечисленного
706. Воспитание в условиях повышенной тревожности, чрезмерной ответственности, подавления естественной детской живости и непосредственности способствует развитию (ПК-5)
а. невротических страхов
б. невротической астении
в. невротической депрессии
г. невротических навязчивостей
д. истерических нарушений
707. Для дошкольного возраста характерны двигательные навязчивости в виде (ПК-5)
а. тикоидных гиперкинезов
б. навязчивых движений
в. навязчивых действий
г. навязчивых ритуалов
д. любых из перечисленных навязчивостей
708. Двигательные ритуалы характерны для (ПК-5)
а. раннего возраста
б. дошкольного возраста
в. младшего школьного возраста
г. подросткового возраста
д. любого возраста
709. Основные формы контрастных навязчивостей у детей и подростков – это (ПК-5)
а. контрастные влечения
б. кощунственные и хульные мысли
в. контрастные представления
г. все перечисленное
д. ничего из перечисленного
710. Почвой для системных неврозов у детей обычно является (ПК-5)
а. минимальная мозговая дисфункция
б. невропатия
в. конституциональная слабость функциональной системы
г. все перечисленное
д. ничего из перечисленного
711. Трихотилломания, онихофагия, яктация относятся к (ПК-5)
а. навязчивым действиям

- б. патологическим привычным действиям
в. импульсивным влечениям
г. элементарным импульсивным действиям
д. гиперкинезам
712. Наиболее ранними формами сверхценных образований у детей являются (ПК-5)
а. стереотипные игры детей 2-3 лет
б. упорные «пытливые» вопросы познавательного содержания
в. «запойное чтение»
г. дисморфомания
д. ипохондрические идеи
713. Для расстройства поведения при обсессивном неврозе у детей характерно (ПК-5)
а. аффективная возбудимость
б. грубый истероформный характер
в. преходящий ситуационный характер
г. усиление и извращение влечений
д. верно а. и б.
714. Основным механизмом уходов при патохарактерологическом формировании личности у детей и подростков является (ПК-5)
а. реакция протеста
б. импульсивное неодолимое влечение
в. «сенсорная жажда»
г. все перечисленное
д. ничего из перечисленного
715. Компенсация состояния патологического формирования личности у детей и подростков возможна (ПК-5)
а. на начальном этапе
б. на этапе структурирования патологических черт характера
в. на этапе пубертатного полиморфизма
г. верно а) и б)
д. верно все перечисленное
716. Из факторов среды, влияющих на приобщение подростков к приему алкоголя, имеют значение все перечисленные, за исключением (ПК-1)
а. примеров сверстников, употребляющих алкогольные напитки
б. нормы поведения родителей и их отношения к алкоголю
в. примера родителей, употребляющих спиртные напитки
г. недостатков в организации школьного обучения
д. многодетности семьи
717. Для синдрома психической зависимости при алкоголизме у подростков характерно все перечисленное, исключая (ПК-5)
а. формирование на этапе систематического пьянства
б. отсутствие «борьбы мотивов»
в. полную нескритичность к изменяющемуся влечению
г. выраженность идеаторного компонента
д. актуализацию влечения к алкоголю внешней средой, окружением
718. Абстинентный синдром у подростков, страдающих алкоголизмом, характеризуется (ПК-5)
а. кратковременностью
б. невыраженностью соматовегетативных расстройств, отсутствием тремора
в. сходством с состоянием постинтоксикации у взрослых
г. понижением настроения с раздражительностью
д. всем перечисленным
719. Для последствий хронической интоксикации алкоголем в подростковом возрасте характерно все перечисленное, за исключением (ПК-5)
а. задержки физического и психического развития
б. развития аффективной неустойчивости
в. утраты интересов к учебе и труду
г. развития деградации личности с эйфорической установкой
д. утраты нравственно-этических ценностей
720. Подросткам из групп «высокого риска» свойственно все перечисленное, кроме (ПК-1)
а. раннего (10-12 лет) начала употребления алкоголя
б. частого употребления алкогольных напитков в семье
в. изначально высокой толерантности
г. повышенной самооценки, самоконтроля
д. изначально противоправного поведения в опьянении

Ответы к вопросам тестового контроля.

421. Д	451. Д	481. Д	511. Д	541. Г	571. Г	601. Г	631. Б	661. Г	691. Г
422. А	452. Д	482. А	512. Г	542. Г	572. Г	602. Г	632. Г	662. В	692. В
423. Б	453. Г	483. Г	513. В	543. Г	573. Г	603. Г	633. В	663. А	693. Г
424. Г	454. Д	484. Б	514. Г	544. В	574. Г	604. Г	634. Б	664. В	694. Д
425. Д	455. А	485. В	515. Г	545. Г	575. Г	605. Г	635. Б	665. Б	695. Д
426. Д	456. В	486. А	516. А	546. В	576. В	606. Б	636. Г	666. Б	696. Г
427. В	457. Г	487. Г	517. Г	547. А	577. А	607. А	637. Б	667. В	697. Г
428. А	458. А	488. Г	518. Г	548. Г	578. А	608. Г	638. Б	668. Г	698. В
429. Г	459. А	489. Д	519. В	549. В	579. Д	609. Б	639. В	669. А	699. А
430. Г	460. Г	490. Г	520. Г	550. Г	580. А	610. В	640. Г	670. Б	700. Д
431. В	461. Д	491. Г	521. Г	551. Б	581. А	611. Д	641. В	671. Б	701. Г
432. Д	462. Д	492. Д	522. А	552. В	582. Г	612. В	642. Б	672. Д	702. Б
433. В	463. Д	493. В	523. Г	553. В	583. А	613. А	643. Д	673. В	703. А
434. Д	464. Д	494. Г	524. Г	554. А	584. Г	614. Г	644. Г	674. Б	704. Г
435. Г	465. Б	495. А	525. Д	555. Б	585. В	615. Б	645. Б	675. Г	705. Г
436. Д	466. Д	496. Д	526. Б	556. Г	586. В	616. В	646. Г	676. В	706. Г
437. А	467. Д	497. Г	527. Г	557. А	587. Г	617. Д	647. Г	677. Б	707. А
438. Г	468. Г	498. А	528. Г	558. Г	588. В	618. В	648. В	678. Б	708. Г
439. Г	469. Д	499. Д	529. В	559. Г	589. Г	619. Г	649. А	679. Г	709. Г
440. Г	470. Д	500. Д	530. Г	560. Г	590. В	620. Г	650. В	680. В	710. Г
441. Г	471. Г	501. Г	531. Г	561. Г	591. Б	621. В	651. В	681. Б	711. Б
442. Г	472. Г	502. А	532. Г	562. Г	592. Б	622. В	652. А	682. В	712. А
443. Г	473. Б	503. Г	533. Д	563. В	593. Г	623. Б	653. А	683. А	713. В
444. Д	474. А	504. В	534. А	564. А	594. В	624. А	654. Г	684. Б	714. В
445. Д	475. Б	505. Г	535. В	565. Г	595. Д	625. В	655. Д	685. Г	715. Г
446. Б	476. В	506. Г	536. Д	566. Б	596. Г	626. Д	656. В	686. Б	716. Д
447. Д	477. Б	507. Г	537. В	567. А	597. Г	627. В	657. Б	687. Д	717. Г
448. Г	478. Г	508. А	538. Г	568. Б	598. Д	628. Г	658. Б	688. В	718. Д
449. А	479. В	509. Д	539. Д	569. В	599. Д	629. В	659. А	689. Б	719. Г
450. Г	480. Д	510. Д	540. А	570. Г	600. Д	630. В	660. В	690. Г	720. Г

5.1.3. Лечение и реабилитация психически больных.

721. Психолептики включают (ПК-6)
а. нейролептики
б. транквилизаторы
в. нормотимики
г. все перечисленное
д. верно а) и в)

722. Психоаналептики включают (ПК-6)
- антидепрессанты
 - ноотропы
 - психостимуляторы
 - все перечисленное
 - ничего из перечисленного
723. Транквилизаторы включают все перечисленное, кроме (ПК-6)
- производных пропандиола (меробамат)
 - ингибиторов моноаминоксидазы
 - производных триметоксibenзойной кислоты (триоксазин)
 - дифенилметана (амизил)
 - производных бензодиазепинового ряда (диазепам, феназепам и др.)
724. Антидепрессанты включают (ПК-6)
- трициклические (соединения) антидепрессанты
 - четырёхциклические антидепрессанты
 - ингибиторы моноаминоксидазы
 - все перечисленное
 - ничего из перечисленного
725. Психофармакологические свойства и спектр психотропной активности каждого психотропного средства формируется в результате разного соотношения следующих основных ингредиентов (ПК-6)
- общего антипсихотического действия
 - избирательного антипсихотического действия
 - специфической адресации к разным уровням психопатологических расстройств
 - всех перечисленных
 - ничего из перечисленного
726. Степень выраженности действия препаратов зависит (ПК-6)
- от индивидуальной чувствительности к препарату
 - от психопатологической картины данного синдрома
 - от длительности применения препарата
 - от всего перечисленного
 - ни от чего из перечисленного
727. Для всех нейролептиков характерны все следующие признаки, исключая (ПК-6)
- психопатологическое действие без снотворного влияния
 - ингибирующее действие в отношении возбуждения, ажитации, агрессивности, редукции маниакальных состояний
 - редуцирующее действие в отношении некоторых острых хронических и экспериментальных психозов
 - характерные психомоторные, неврологические, вегетативные нарушения
 - преобладающее воздействие на подкорковые образования
728. Спектр психотропной активности аминазина включает (ПК-6)
- седативное действие (способность купировать разные виды возбуждения)
 - общее антипсихотическое действие
 - элективное антипсихотическое действие
 - антигаллюцинаторное действие
 - верно а) и б)
729. Спектр психотропной активности тизерцина определяется (ПК-6)
- выраженным седативным действием
 - общим антипсихотическим действием
 - гипотензивным действием
 - всем перечисленным
 - верно а) и в)
730. Тизерцин более эффективен (ПК-6)
- при онейроидно-кататоническом возбуждении
 - при тревожно-депрессивном возбуждении
 - при депрессивно-параноидном возбуждении
 - при маниакальном возбуждении
 - при всем перечисленном
731. Общими признаками фенотиазиновых производных с пиперазиновой боковой цепью (трифтазин) являются все перечисленные, кроме (ПК-6)
- выраженности общего антипсихотического действия
 - избирательного антипсихотического действия на бредовые расстройства
 - седативного действия
 - избирательного антипсихотического действия на галлюцинаторные расстройства
 - стимулирующего действия
732. Пиперазиновые производные класса нейролептиков обладают всеми перечисленными свойствами, кроме (ПК-6)
- высокой фармакологической активности
 - малой токсичности в соматическом отношении
 - седативных свойств
 - меньших доз в сравнении с фенотиазинами с алифатической цепью
 - частотой и выраженностью неврологических побочных действий
733. Спектр психотропной активности трифтазина выражается всем перечисленным, кроме (ПК-6)
- стимулирующего энергизирующего эффекта
 - седативного эффекта
 - глобального антипсихотического действия
 - элективного действия на бредовую симптоматику
 - элективного действия на галлюцинаторную симптоматику
734. Стимулирующий эффект трифтазина (в дозах 5-15 мг) часто сопровождается всеми следующими признаками, кроме (ПК-6)
- повышенной раздражительности
 - нетерпеливости
 - внутреннего беспокойства
 - головных болей
 - нарушения сна
735. Трифтазин показан при лечении шизофрении (ПК-6)
- с непрерывным течением
 - с приступообразно-прогредиентным течением
 - с рекуррентным течением
 - верно все перечисленное
 - все перечисленное неверно
736. Спектр психотропной активности сонопакса (тиоридазина) включает все перечисленное, кроме (ПК-6)
- стимулирующего эффекта
 - тимоаналептического эффекта
 - седативно-транквилизирующего эффекта
 - антипсихотического эффекта
 - элективного антипсихотического эффекта
737. Спектр психотропной активности неуплетила включает все перечисленное, кроме (ПК-6)
- стимулирующего эффекта
 - седативного эффекта
 - слабого антипсихотического эффекта
 - элективного действия на психопатические расстройства
 - элективного действия на психопатоподобные расстройства
738. Спектр психотропной активности лепонекса (клозепина) включает все перечисленное, кроме (ПК-6)
- гипнотического эффекта
 - действия на негативную симптоматику
 - седативного эффекта
 - высокого антипсихотического эффекта
 - действия на прогредиентность процесса в целом
739. К побочным эффектам при лечении лепонексом относятся (ПК-6)
- обострение хронических воспалительных очагов
 - обострение хронических инфекций
 - гипертермия центрального генеза
 - все перечисленные
 - ничего из перечисленного
740. К побочным эффектам при лечении лепонексом относятся (ПК-6)
- повышение судорожной готовности
 - вегето-сосудистые расстройства (гипергидроз, коллапс, повышение кровяного давления, тахикардия и т.д.)
 - гиперсаливация (слонотечение)
 - верно а) и в)
 - все перечисленные
741. К побочным эффектам при лечении лепонексом относятся (ПК-6)
- редкие маловыраженные экстрапирамидные расстройства (гиперкинезы, тремор и т.д.)
 - слонотечение
 - сухость слизистых рта
 - все перечисленные
 - ничего из перечисленного
742. Осложнениями при лечении лепонексом являются (ПК-6)
- делирии с возбуждением и онирическими картинами

- б. делирии с возбуждением
в. агранулоцитоз
г. верно а) и б)
д. все перечисленные
743. Спектр психотропной активности галоперидола включает все перечисленное, кроме (ПК-6)
а. седативного эффекта
б. антипсихотического (антигаллюцинаторного, антибредового) эффекта
в. антиманиакального эффекта
г. активирующего эффекта
д. тимоаналептического эффекта
744. Спектр психотропной активности хлорпротексена включает (ПК-6)
а. невыраженный общий антипсихотический эффект
б. седативный эффект (способность купировать разные виды возбуждения)
в. антигаллюцинаторный
г. антибредовый эффект
д. верно а) и в)
745. К особенностям общей характеристики нейролептиков-пролонгов относятся (ПК-6)
а. устранение бесконтрольности приема психотропных препаратов
б. большая равномерность фармакологического воздействия и их большая избирательность
в. невысокая частота побочных эффектов
г. все перечисленные
д. ничего из перечисленного
746. К особенностям общей характеристики нейролептиков-пролонгов относятся (ПК-6)
а. изменение суточных доз препарата
б. освобождение больного от многократных приемов препарата
в. усовершенствование организации лечебного процесса
г. верно б) и в)
д. все перечисленные
747. К особенностям общей характеристики нейролептиков-пролонгов относятся (ПК-6)
а. усовершенствование лечебного процесса
б. освобождение больного от многократных приемов препарата
в. экономический эффект
г. все перечисленные
д. верно а) и в)
748. Спектр психотропной активности модитена-депо (фторфеназин-деканоат) включает (ПК-6)
а. общий антипсихотический эффект
б. седативный эффект, проявляющийся в нормализации поведения
в. антидепрессивный эффект
г. верно а) и в)
д. все перечисленное
749. Модитен-депо показан при лечении (ПК-6)
а. психопатологических состояний с вялостью, адинамией, заторможенностью, дезактуализированной симптоматикой
б. изолированного вербального галлюциноза
в. дисморфических и дисморфоманических расстройств
г. психопатоподобных проявлений
д. всего перечисленного
750. Спектр психотропной активности деканоата-галоперидола включает (ПК-6)
а. значительное общее антипсихотическое действие
б. избирательное действие на галлюцинаторную симптоматику
в. избирательное действие на бредовую симптоматику
г. верно а) и б)
д. верно все перечисленное
751. Среди побочных эффектов и осложнений, связанных с фармакологическими свойствами психотропных препаратов неврологические экстрапирамидные расстройства, выделяют (ПК-6)
а. акинето-гипертонический синдром
б. гиперкинетический синдром
в. гиперкинетический синдром
г. все перечисленное
д. ничего из перечисленного
752. Среди побочных эффектов и осложнений, связанных с фармакологическими свойствами психотропных препаратов (неврологические экстрапирамидные расстройства), выделяют (ПК-6)
а. дискинетический синдром
б. акинето-гипертонический синдром
в. гиперкинетический синдром
г. все перечисленное
д. ничего из перечисленного
753. К побочным эффектам и осложнениям, связанным с фармакологическими свойствами психотропных препаратов, относятся (ПК-6)
а. синдромы психоэффективной индифферентности
б. апатико-депрессивные синдромы
в. транзиторные обострения психопатологической симптоматики
г. все перечисленные
д. верно а) и б)
754. К подобным эффектам и осложнениям, непосредственно не связанным с фармакологическим действием психотропных препаратов, а связанным с повышенной чувствительностью к ним, относятся все перечисленные, кроме (ПК-6)
а. акинето-гипертонического паркинсонизма
б. гепатитов
в. гемодискразин-агранулоцитоза и др.
г. токсико-аллергических реакций
д. злокачественного нейролептического синдрома
755. Хронический экстрапирамидный синдром (поздние дискинезии) может быть проявлением всего перечисленного, кроме (ПК-6)
а. оральных, хореоформных, атетоидных гиперкинезов
б. явлений гемибаллизма (размашистые движения конечностями, напоминающие бросание)
в. торсионных спазмов, судорожных дистоний
г. акатизий, таксикинезий
д. синдрома Куленкамифа - Тарнова
756. Циклодол - корректор нейролептических экстрапирамидных расстройств - характеризуется (ПК-6)
а. выраженным центральным холинолитическим эффектом
б. выраженным периферическим холинолитическим эффектом
в. выраженным антипаркинсоническим эффектом
г. всем перечисленным
д. ничем из перечисленного
757. В качестве корректоров при психофармакотерапии могут применяться все перечисленные препараты, кроме (ПК-6)
а. аминазина, тизерцина
б. тиоридазина
в. галоперидола
г. малых транквилизаторов (элиниум, седуксен)
д. кофеина
758. В действии антидепрессантов различают (ПК-6)
а. антипсихотическое (антидепрессивное)
б. седативное
в. стимулирующее
г. все перечисленное
д. верно а) и б)
759. Антидепрессанты разделяются (ПК-6)
а. на антидепрессанты-седатики
б. на антидепрессанты-стимуляторы
в. на антидепрессанты, обладающие балансирующим действием
г. на все перечисленные
д. все перечисленное неверно
760. Классификация антидепрессантов включает (ПК-6)
а. трициклические антидепрессанты (производные аминодибензила, дигидродибензоциклопентена, диазофеноксина)
б. четырехциклические антидепрессанты (производные индола)
в. ингибиторы моноаминоксидазы (гидразинового и негидразинового)
г. все перечисленное
д. ничего из перечисленного
761. Мелипрамин показан при лечении всех следующих депрессивных состояний (синдромов), кроме (ПК-6)
а. заторможенной депрессии
б. анестетической депрессии
в. апатической депрессии
г. динамической депрессии

- д. тревожной депрессии
762. Мелипрамин показан при лечении всех следующих заболеваний, кроме (ПК-6)
- ядерной шизофрении
 - биполярного расстройства
 - группы шизоаффективных психозов (включая рекуррентную и приступообразно-прогредиентную шизофрению)
 - депрессивных состояний при органических поражениях головного мозга
 - соматогенных депрессий
763. Амитриптилин - антидепрессант седативного действия - оказывает (ПК-6)
- выраженный седативный эффект
 - тимоаналептический эффект
 - стимулирующий эффект
 - антибредовый эффект
 - верно а) и б)
764. Первично амитриптилин оказывает действие на вторичные признаки депрессии (ПК-6)
- страхи
 - тревогу
 - напряженность
 - все перечисленное
 - ничего из перечисленного
765. Амитриптилин оказывает влияние на триаду депрессивного синдрома в следующей последовательности (ПК-6)
- собственно депрессивный аффект
 - моторная заторможенность
 - идеаторная заторможенность
 - верно а), затем б) и в)
 - верно в), затем а) и б)
766. Амитриптилин показан при лечении (ПК-6)
- рекуррентного депрессивного расстройства
 - шизоаффективных психозов (в том числе рекуррентная, приступообразно-прогредиентная шизофрения)
 - депрессий при эпилепсии
 - верно а) и в)
 - всего перечисленного
767. Амитриптилин показан при лечении (ПК-6)
- депрессий, вызванных органическими поражениями головного мозга
 - соматогенных депрессий
 - сосудистых депрессий
 - всего перечисленного
 - ничего из перечисленного
768. Амитриптилин противопоказан больным (ПК-6)
- с глаукомой
 - с гипертрофией простаты
 - с атонией мочевого пузыря
 - со всем перечисленным
 - верно б) и в)
769. В психотропном действии азафена различают (ПК-6)
- незначительный тимоаналептический эффект
 - незначительный седативный эффект
 - незначительный стимулирующий эффект
 - верно а) и б)
 - все перечисленное
770. Азафен показан при лечении (ПК-6)
- легких депрессий
 - депрессий средней тяжести
 - тяжелых депрессий
 - тяжелых депрессий с бредом
 - верно а) и б)
771. Азафен показан при лечении всего перечисленного, кроме (ПК-6)
- ядерной шизофрении
 - депрессивных состояний при органических поражениях головного мозга
 - шизоаффективных психозов
 - соматогенных депрессий
 - металкогольных депрессий
772. К побочным эффектам, возникающим при лечении трициклическими антидепрессантами, относятся (ПК-6)
- разнообразные вегето-сосудистые расстройства (потливость, тахикардия, лабильность кровяного давления, уменьшение секреции слюнных желез, задержка мочи и т.д.)
 - кариес зубов
 - нарушение калиевого обмена
 - все перечисленные
 - ничего из перечисленного
773. К подобным эффектам, возникающим при лечении трициклическими антидепрессантами, относятся (ПК-6)
- тремор
 - судороги
 - припадки
 - все перечисленные
 - верно а) и б)
774. Антидепрессанты - группа ингибиторов моноаминоксидазы - характеризуются (ПК-6)
- массивным стимулирующим эффектом
 - собственно антидепрессивным эффектом
 - седативным эффектом
 - антибредовым эффектом
 - верно а) и б)
775. В психотропном действии пиразидола различают (ПК-6)
- тимоаналептический эффект и балансирующее влияние седативное действие
 - антибредовый эффект
 - стимулирующий эффект
 - верно а), б), г)
776. Пиразидол показан при лечении всех перечисленных состояний, кроме (ПК-6)
- эндогенных циркулярных депрессий
 - инволюционных депрессий
 - органических, сосудистых депрессий
 - невротических депрессий
 - псевдогаллюцинаторно-кататонических приступов в рамках шизофрении
777. Пиразидол показан при лечении следующих эндогенных депрессий (ПК-6)
- заторможенных и тревожно-тоскливых
 - затяжных апатических
 - затяжных анестетических
 - затяжных адинамических
 - всех перечисленных
778. Транквилизаторы характеризуются следующими общими признаками (ПК-6)
- выраженным седативным действием
 - воздействием на невротические и неврозоподобные расстройства
 - слабым антипсихотическим действием
 - всем перечисленным
 - ничем из перечисленного
779. В психотропном действии транквилизаторов различают (ПК-6)
- миорелаксирующее действие
 - противосудорожное действие
 - вегетотропное действие
 - снотворное действие
 - все перечисленное
780. Спектр психотропной активности седуксена (производное бензодиазепинового ряда) включает все перечисленное, кроме (ПК-6)
- противотревожного эффекта
 - антибредового эффекта
 - противострахового эффекта
 - миорелаксирующего умеренно-выраженного эффекта
 - противосудорожного (нестойкого) эффекта
781. Спектр психотропной активности седуксена включает (ПК-6)
- вегетотропный эффект
 - стимулирующий эффект
 - нестойкий противосудорожный эффект
 - все перечисленное
 - ничего из перечисленного
782. Спектр психотропной активности феназепама включает все перечисленные эффекты, кроме (ПК-6)
- мощного седативного
 - противострахового
 - выраженного миорелаксирующего
 - противосудорожного
 - вегетотропного (слабого)
783. Феназепам показан при лечении (ПК-6)
- гиперстенических расстройств невротического и неврозоподобного уровня
 - гипостенических расстройств невротического и неврозоподобного уровня

- в. неврозоподобной симптоматики (чувственных навязчивостей и навязчивостей с абстрактным содержанием)
- г. всего перечисленного
- д. верно а) и в)
784. Феназепам показан при лечении (ПК-6)
- а. тревоги, страха при навязчивостях
- б. тревоги, страха при сенесто-ипохондрических расстройствах
- в. аффективных расстройств невротического и неврозоподобного уровня
- г. всего перечисленного
- д. ничего из перечисленного
785. Феназепам показан при всех перечисленных заболеваниях, кроме (ПК-6)
- а. хронического алкоголизма
- б. ядерной шизофрении
- в. металкогольных психозов
- г. органических заболеваний
- д. резидуально-органических заболеваний
786. Феназепам показан при лечении следующих заболеваний в пограничной психиатрии (ПК-6)
- а. невротических состояний
- б. невротических реакций
- в. расстройства личности возбудимого круга
- г. всех перечисленных расстройств
- д. верно а) и в)
787. Спектр психотропной активности хлордiazепоксида (элениума) включает (ПК-6)
- а. особый транквилизирующий эффект
- б. антиневротический эффект
- в. противосудорожный эффект
- г. верно а) и в)
- д. все перечисленное
788. Спектр психотропной активности хлордiazепоксида (элениума) включает (ПК-6)
- а. выраженный миорелаксирующий эффект
- б. вегетотропный эффект
- в. противотревожный эффект
- г. верно б) и в)
- д. все перечисленное
789. Спектр психотропной активности реланиума включает (ПК-6)
- а. седативное действие в меньших дозах в сравнении с седуксеном
- б. снотворное действие в больших дозах в сравнении с седуксеном
- в. миорелаксирующее действие в больших дозах в сравнении с седуксеном
- г. все перечисленное
- д. верно а) и б)
790. Реланиум показан при лечении (ПК-6)
- а. невротических расстройств со сверхценными образованиями, сенестопатиями, небредовыми ипохондрическими расстройствами
- б. неврозоподобных расстройств со сверхценными образованиями, сенестопатиями, небредовыми ипохондрическими расстройствами
- в. аффективных расстройств невротического уровня
- г. всего перечисленного
- д. ничего из перечисленного
791. Реланиум показан при лечении (ПК-6)
- а. аффективных расстройств невротического уровня
- б. аффективных расстройств неврозоподобного уровня
- в. аффективных расстройств эндогенного характера
- г. верно а) и в)
- д. всего перечисленного
792. Спектр психотропной активности фенибута (производное ГАМК) включает (ПК-6)
- а. седативное действие
- б. снотворное действие
- в. противотревожное действие
- г. верно а) и б)
- д. все перечисленное
793. Фенибут показан при лечении всего перечисленного, кроме (ПК-6)
- а. неврозов
- б. малых припадков
- в. невротических состояний
- г. заикания разной этиологии
- д. как успокаивающего средства перед операциями
794. Побочные действия и осложнения при лечении седуксеном, реланиумом включают (ПК-6)
- а. мышечную слабость (в первые дни терапии и на высоких дозах)
- б. сонливость
- в. у пожилых лиц и соматических больных - расслабление сфинктеров мочевого пузыря и заднего прохода, сочетающихся с нарушениями конвергенции и дизартрией
- г. все перечисленное
- д. верно б) и в)
795. Побочные действия и осложнения при лечении седуксеном и реланиумом при передозировке препаратов включают (ПК-6)
- а. атаксию
- б. дизартрию
- в. головную боль
- г. все перечисленное
- д. верно а) и б)
796. Побочные действия и осложнения при лечении феназепамом включают (ПК-6)
- а. мышечную слабость
- б. атаксию (при передозировке)
- в. атаксию - у больных с органической церебральной недостаточностью
- г. верно б) и в)
- д. все перечисленное
797. Побочные действия и осложнения в первые дни лечения хлордiazепоксидом (элениумом) включают все перечисленное, кроме (ПК-6)
- а. сонливости
- б. заторможенности
- в. делириозной симптоматики
- г. снижения работоспособности
- д. атаксии - резидуальных органиков и пожилых лиц
798. Побочные действия и осложнения при лечении фенибутом включают (ПК-6)
- а. сонливость
- б. головокружение
- в. тошноту, рвоту
- г. диарею
- д. все перечисленное
799. Психостимуляторы показаны при лечении (ПК-6)
- а. невротических расстройств
- б. неврозоподобных расстройств
- в. астенических расстройств с вялостью, снижением работоспособности
- г. всего перечисленного
- д. ничего из перечисленного
800. Препараты метаболического действия - ноотропы - оказывают на церебрально-органическую недостаточность все перечисленные воздействия, кроме (ПК-6)
- а. действия, повышающего уровень бодрствования и сознания
- б. антигаллюцинаторного действия
- в. антиэпилептического (на эпилептическую активность) действия
- г. ноотропного (на нарушение высших корковых функций) действия
- д. мнемотропного (влияние на память) действия
801. Клинические показания к назначению ноотропов включают (ПК-6)
- а. травматические поражения головного мозга
- б. сосудистые поражения головного мозга
- в. инфекционные поражения головного мозга
- г. верно а) и в)
- д. все перечисленное
802. Клинические показания к назначению ноотропила (пираретама) включают все перечисленное, кроме (ПК-6)
- а. хронического алкоголизма (абстинентный синдром)
- б. острого эпилептического психоза
- в. металкогольных психозов, в том числе белой горячки
- г. интоксикации
- д. комы различной этиологии
803. Клинические показания к назначению ноотропила (пираретама) включают все перечисленное, кроме (ПК-6)
- а. острых приступов шизофрении
- б. шизофрении на органически неполноценной почве

- в. шизофрении с астено-депрессивными проявлениями
г. шизофрении с астено-ипохондрическими проявлениями
д. шизофрении с апато-абулическими проявлениями
804. Клинические показания к назначению ноотропила (пирацетама) включают (ПК-6)
а. эндогенные резистентные депрессии
б. атипичный циркулярный психоз на резидуально-органической почве
в. шизофрению на органически неполноценной почве
г. все перечисленное
д. верно а) и б)
805. Клинические показания к назначению ноотропила (пирацетама) как корректора включают все перечисленное, кроме (ПК-6)
а. сомато-вегетативных проявлений нейролептического синдрома
б. неврологических проявлений нейролептического синдрома
в. лечения поздних дискинезий
г. психических проявлений нейролептического синдрома
д. подготовки к лечению психотропными препаратами
806. К побочным эффектам при лечении ноотропилом (пирацетамом) относятся (ПК-6)
а. раздражительность
б. эпилептические припадки
в. расстройство сна
г. верно а) и в)
д. все перечисленные
807. Эффективность купирующей и превентивной терапии солями лития будет выше (ПК-6)
а. чем больше выражен смешанный аффект
б. чем больше выражена связь аффекта с содержанием других психопатологических проявлений
в. чем выше "чистота" аффективных фаз
г. при всем перечисленном
д. верно а) и б)
808. Противопоказаниями к терапии солями лития являются (ПК-2)
а. болезни почечно-выделительной системы
б. болезни сердечно-сосудистой системы с нарушением кровообращения и ритма сердечной деятельности
в. болезни желудочно-кишечного тракта в обострении
г. верно а) и в)
д. все перечисленные
809. Противопоказаниями к терапии солями лития являются (ПК-2)
а. начальные формы катаракты
б. непрогрессирующий экзофтальм
в. болезни почечно-выделительной системы
г. все перечисленные
д. верно а) и б)
810. Ранние побочные эффекты при лечении (в первые 7-14 дней) солями лития включают (ПК-6)
а. нестойкие диспепсические расстройства
б. головокружение, головную боль
в. сонливость
г. верно а) и в)
д. все перечисленное
811. Ранние побочные эффекты при лечении (в первые 7-14 дней) солями лития включают все перечисленное, кроме (ПК-6)
а. мышечной слабости
б. судорожных припадков
в. жажды
г. учащения мочеиспускания
д. легкого тремора рук
812. К поздним побочным эффектам при лечении солями лития относятся (ПК-6)
а. диспепсические расстройства (изжога, отрыжка, потеря аппетита, рвота, диарея - реже)
б. дизурические расстройства
в. аллергия - мелкоточечная сыпь - типа крапивницы
г. все перечисленные
д. верно а) и б)
813. К поздним побочным эффектам при лечении солями лития относятся (ПК-6)
а. литиевый тремор - неритмичное, медленное, крупноразмашистое дрожание пальцев рук, языка, век
б. периодические мышечные подергивания, "вздрагивания"
в. таксикинезия
г. верно а) и б)
д. все перечисленные
814. К поздним побочным эффектам при лечении солями лития относятся все перечисленные, кроме (ПК-6)
а. дизартрии
б. смазанной речи
в. делириозной симптоматики
г. симптомов несахарного диабета (жажда, никтурия)
д. отеков голеней, стоп, режы лица
815. К поздним побочным эффектам при лечении солями лития относятся (ПК-6)
а. увеличение массы тела
б. стойкая диарея
в. явления гипотиреозидизма
г. расстройства сердечного ритма (экстрасистолии, частичные блокады)
д. все перечисленные
816. Выраженная литиевая интоксикация характеризуется (ПК-6)
а. тошнотой, рвотой
б. усилением тремора
в. мышечной слабостью с подергиванием мышц
г. всем перечисленным
д. ничем из перечисленного
817. Меры лечения выраженной литиевой интоксикации включают (ПК-6)
а. прекращение приема солей лития
б. обильное питье
в. увеличение потребления поваренной соли
г. все перечисленное
д. ничего из перечисленного
818. Карбамазепин (финлепсин) применяется для лечения всех перечисленных состояний, кроме (ПК-2)
а. фазовых депрессивных, маниакальных состояний
б. вербального галлюциноза
в. превентивного лечения континуальных аффективных расстройств
г. судорожных припадков
д. психопатоподобных расстройств различного генеза
819. Лекарственный патоморфоз эндогенных психозов при лечении психотропными средствами выражается (ПК-6)
а. отрицательным фармакогенным эффектом (сдвиг в клинике психических заболеваний в сторону амбулаторных форм)
б. положительным фармакогенным эффектом (меньшим числом злокачественных форм среди психических заболеваний)
в. возрастанием числа резистентных форм среди психических заболеваний
г. всем перечисленным
д. ничем из перечисленного
820. Привыкание к психотропным препаратам (лекомания) имеет следующие особенности (ПК-1)
а. нет непреодолимого влечения к определенному препарату, а есть влечение к определенному классу психотропных препаратов
б. нет обязательных признаков психофизической зависимости, есть психологическая зависимость
в. привыкание может возникнуть к любому психотропному препарату, но чаще - к транквилизаторам, психостимуляторам, мягко действующим антидепрессантам, малым нейролептикам
г. верно все перечисленное
д. верно а) и б)

Ответы к вопросам тестового контроля.

721. Г	724. Г	727. Г	730. Д	733. Б	736. Д	739. Г	742. Д	745. Г	748. Д
722. Г	725. Г	728. Д	731. В	734. Г	737. А	740. Д	743. А	746. Д	749. Д
723. Б	726. Г	729. Г	732. В	735. Г	738. Б	741. Г	744. Д	747. Г	750. Д

751. Г	758. Г	765. Г	772. Г	779. Д	786. Г	793. Б	800. Б	807. Г	814. В
752. Г	759. Г	766. Д	773. Г	780. Б	787. Г	794. Г	801. Д	808. Д	815. Д
753. Г	760. Г	767. Г	774. Д	781. Г	788. Д	795. Г	802. Б	809. Г	816. Г
754. А	761. Д	768. Г	775. Д	782. В	789. Г	796. Д	803. А	810. Д	817. Г
755. В	762. А	769. Д	776. Д	783. Г	790. Г	797. В	804. Г	811. Б	818. Б
756. Г	763. Д	770. Д	777. Д	784. Г	791. Г	798. Д	805. В	812. Г	819. Г
757. В	764. Г	771. А	778. Г	785. Б	792. Д	799. Г	806. Д	813. Д	820. Г

5.1.4. Наркология и аддиктология. Организация психиатрической помощи.

821. Психоневрологический диспансер осуществляет: (ПК-9)
- Амбулаторную диагностику и лечение психических заболеваний
 - Стационарную диагностику и лечение психических заболеваний
 - Экспертизу временной нетрудоспособности
 - Верно а. и в.
 - Верно все перечисленное
822. Психоневрологический диспансер предоставляет следующие формы психиатрической помощи населению: (ПК-9)
- Активное (динамическое) наблюдение
 - Ограничительное наблюдение
 - Консультативная помощь
 - Верно а. и в.
 - Верно все перечисленное.
823. Активное (динамическое) наблюдение: (ПК-9)
- Проводится только в стационарных условиях
 - Назначается по решению врачебной комиссии психоневрологического диспансера
 - Назначается по заявлению родственников больного
 - Назначается только больным, имеющим инвалидность
 - Назначается только больным, признанным недееспособными
824. Лицо, страдающее психическим заболеванием, признается недееспособным: (ПК-9)
- По решению суда по результатам психиатрической экспертизы
 - В случае хронического течения, резистентного к терапии
 - При его отказе от госпитализации в психиатрический стационар
 - Врачебной комиссией по заявлению родственников
 - Верно все перечисленное
825. Консультативная помощь в психоневрологическом диспансере оказывается в случае: (ПК-9)
- Отказа пациента от динамического наблюдения
 - Отказа родственников пациента от динамического наблюдения
 - Отсутствия тяжелых стойких или часто обостряющихся болезненных проявлений
 - Наличия у пациента стойких или часто обостряющихся соматических заболеваний
 - Признания пациента недееспособным
826. Консультативная психиатрическая помощь оказывается с согласия пациента с возраста (ПК-9)
- 12 лет и старше
 - 15 лет и старше
 - 16 лет и старше
 - 18 лет и старше
 - 21 год и старше
827. Дневной стационар: (ПК-9)
- Является полустационарной формой психиатрической помощи
 - Осуществляет лечение пациентов как в добровольном, так и недобровольном порядке.
 - Включает в себя палаты ограничительного и дифференцированного наблюдения.
 - Верно б. и в.
 - Верно все перечисленное.
828. Показанием для неотложной госпитализации в психиатрическую больницу является: (ПК-9)
- Депрессия с суицидной попыткой
 - Состояние алкогольного опьянения
 - Отсутствие критического отношения пациента к своему заболеванию
 - Верно а. и в.
 - Верно б и в.
829. Показаниями для неотложной госпитализации в психиатрическую больницу являются все, кроме: (ПК-9)
- Делирия
 - Невроза
 - Депрессии с суицидной попыткой
 - Галлюцинаторно-бредового синдрома с нарушением поведения
 - Маниакального состояния с нарушением поведения
830. Показанием для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке является: (ПК-9)
- Непосредственная опасность пациента для себя и/или окружающих
 - Беспомощность пациента, связанная с его психическим состоянием
 - Существенный вред здоровью пациента вследствие ухудшения его психического состояния, если он будет оставлен без психиатрической помощи
 - Верно а. и в.
 - Верно все перечисленное
831. Показанием для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке является: (ПК-9)
- Обострение симптомов хронического психического заболевания
 - Непосредственная опасность пациента для себя и/или окружающих
 - Необходимость уточнения диагноза психического заболевания
 - Верно а. и б.
 - Верно все перечисленное
832. Принудительное лечение (ПК-9)
- Применяется по заявлению родственников больного
 - Применяется по постановлению суда
 - Применяется по решению врачебной комиссии
 - Применяется по решению участкового врача ПНД
 - Верно а) и в)
833. К режимам наблюдения за пациентами на отделении психиатрической больницы относятся: (ПК-9)
- Ограничительное наблюдение
 - Консультативная помощь
 - Активное (динамическое) наблюдение
 - Верно а. и б.
 - Верно все перечисленное
834. Ограничительное наблюдение за пациентами включает в себя: (ПК-9)
- Организацию отдельного закрытого помещения для каждого пациента
 - Организацию отдельного поста медицинского персонала в палате ограничительного наблюдения
 - Обязательное применение мягкого ограничения рук всем пациентам
 - Верно б. и в.
 - Верно все перечисленное
835. К режимам наблюдения за пациентами на отделении психиатрической больницы относятся: (ПК-9)
- Режим частичной госпитализации (домашний отпуск)
 - Дифференцированное наблюдение
 - Режим открытых дверей
 - Верно а. и в.
 - Верно все перечисленное
836. История болезни является (ПК-9)
- медицинским документом
 - научным документом
 - юридическим документом
 - всем перечисленным
 - ничем из перечисленного

837. При описании того или иного психического нарушения в анамнезе необходимо выяснить (ПК-9)
- давность его существования
 - особенности развития во времени
 - взаимоотношения данного расстройства с другими психическими расстройствами
 - все перечисленное
 - ничего из перечисленного
838. Психический статус не должен содержать (ПК-9)
- специальных психиатрических терминов
 - анамнестических сведений
 - оценки врачом обнаруженных у больного расстройств
 - верно все перечисленное
 - неверно все перечисленное
839. Выписной эпикриз отражает (ПК-9)
- только состояние больного на момент выписки из стационара
 - только состояние больного при поступлении в стационар и при выписке оттуда
 - только динамику состояния больного за время наблюдения
 - только динамику терапии за время наблюдения
 - сжатое изложение анамнеза (катамнеза), психического статуса при поступлении и в динамике, соматический и неврологический статусы, данные о проведенных исследованиях и лечении, окончательный диагноз и рекомендации по лечебно-восстановительным мероприятиям после выписки из стационара
840. Катамнез содержит описание (ПК-9)
- всей истории жизни и заболевания
 - жизни и проявлений болезни за последние 5 лет
 - жизни и проявления болезни, начиная с момента последней выписки из данного стационара
 - жизни и проявлений болезни, начиная с момента выписки из любого стационара
 - жизни и проявлений болезни, начиная с момента первого поступления в данный стационар
841. К методам оценки качества медицинской помощи относятся (ПК-9)
- метод экспертных оценок
 - соответствие модели конечных результатов деятельности
 - оценка выполнения профилактических и лечебных мероприятий
 - все перечисленное
 - ничего из перечисленного
842. Основными задачами поликлиники являются все перечисленные, кроме (ПК-9)
- медицинской помощи больным на дому
 - лечебно-диагностического обслуживания населения
 - организации работы по пропаганде здорового образа жизни
 - профилактической работы
 - экспертизы временной нетрудоспособности
843. Для рабочих, состоящих на диспансерном наблюдении, необходимы следующие виды медицинских осмотров (ПК-9)
844. предварительные (при поступлении на работу)
- периодические (в период работы)
 - целевые (на выявление заболеваний определенной нозологии)
 - после снятия с соответствующей группы инвалидности
 - все перечисленные
845. Задачи стационарной медицинской помощи населению включают следующие действия (ПК-9)
- круглосуточное медицинское наблюдение за больным
 - квалифицированное диагностическое обследование
 - проведение лечебных мероприятий по восстановлению здоровья и трудоспособности
 - все перечисленное
 - ничего из перечисленного
846. Структура больничных учреждений РФ включает все перечисленные типы больниц, кроме (ПК-9)
- республиканской, областной больницы
 - больницы восстановительного лечения
 - центральной районной больницы
 - городской многопрофильной больницы
 - сельской участковой больницы
847. Цели и задачи службы лечебно-профилактической помощи матери и ребенку РФ включают все перечисленные направления, кроме (ПК-9)
- заботы о здоровье матери и ребенка
 - обеспечения женщинам возможности максимально сочетать материнство с использованием гражданских прав
 - обеспечения условий, необходимых для всестороннего гармоничного развития детей
 - разработки эффективной системы оказания медицинской помощи матери и ребенку
 - социального страхования беременной женщины и женщины-матери
848. В определение понятия "здоровье ребенка" вносят все перечисленные критерии, кроме (ПК-9)
- оптимального уровня достигнутого развития физического, нервно-психического, интеллектуального
 - достаточной функциональной и социальной адаптации
 - высокой степени сопротивляемости по отношению к неблагоприятным воздействиям
 - отсутствия пограничных состояний и признаков хронических заболеваний
 - показателей рождаемости
849. Медицинская деонтология – это (ПК-1)
- самостоятельная наука о долге медицинских работников
 - прикладная, нормативная, практическая часть медицинской этики
 - прикладная часть социальной гигиены
 - все перечисленное верно
 - все перечисленное неверно
850. Медицинская этика – это (ПК-1)
- это специфическое проявление общей этики в деятельности врача
 - это наука, рассматривающая вопросы врачебного гуманизма, проблемы долга, чести, совести и достоинства медицинских работников
 - это наука, помогающая вырабатывать у врача способность к нравственной ориентации в сложных ситуациях, требующих высоких морально-деловых и социальных качеств
 - верно все перечисленное
 - все перечисленное неверно
851. Наиболее общие свойства патологического влечения к алкоголю включают все перечисленное, кроме (ПК-5)
- изменения суждений больного
 - направленности интересов, приобретающих мировоззренческий характер
 - доминирующего характера поведения
 - формирования жизненных позиций под влиянием влечения
 - сохранения критики к своему состоянию и окружающему
852. Наиболее характерными сомато-вегетативными признаками, свидетельствующими об актуализации патологического влечения к алкоголю, являются все перечисленные, кроме (ПК-5)
- ощущения общего недомогание, слабости
 - изменения аппетита
 - ощущения жажды
 - потливости
 - уменьшения частоты курения
853. Для актуализации симптома спонтанно возникающего первичного влечения без борьбы мотивов характерно все перечисленное, кроме (ПК-5)
- появления уверенности в возможности "нормальной выпивки"
 - оживления в ответ на алкогольные раздражители
 - поиска ситуаций, связанных с употреблением алкоголя
 - изменения аппетита
 - ощущения внутренней физической тяжести
854. Для симптома первичного патологического влечения к алкоголю с характером неодолимости верно все перечисленное, кроме (ПК-5)
- спонтанного возникновения
 - реализации вслед за возникновением
 - появления преимущественно у больных с астеническими характерологическими чертами в преморбиде
 - интенсивности, подобной голоду или жажде
 - формирования во II-III и III стадиях заболевания
855. Симптому первичного патологического влечения к алкоголю с характером неодолимости предшествуют все перечисленные признаки, исключая (ПК-5)
- отчетливое желание выпить

- б) ощущение вкуса спиртного во рту, посасывания в желудке
в) злость, агрессивность больного при появлении препятствий к приему алкоголя
г) тревогу, ожидание беды, неприятностей
д) утрату на этот период каких-либо морально-этических норм
856. Для симптома первичного патологического влечения к алкоголю, возникающего на фоне "пограничных состояний", характерно все перечисленное, кроме (ПК-5)
а) связи с аффективными, чаще депрессивными состояниями
б) снятия приемом алкоголя душевного дискомфорта
в) резкого ухудшения психического состояния с вытрезвлением
г) отчетливого желания выпить
д) борьбы мотивов
857. Для синдрома физической зависимости при алкоголизме характерно все перечисленное, кроме (ПК-5)
а) интенсивного влечения к опохмелению
б) употребления алкоголя с целью устранения тяжелого физического состояния после предыдущего алкогольного эксцесса
в) желания вернуть "привычную работоспособность"
г) стремления снять аффективную напряженность
д) употребления алкоголя с целью устранения психических расстройств (влечение к алкоголю в состоянии похмелья)
858. Для алкогольного абстинентного синдрома с вегетативно-астеническими расстройствами характерно все перечисленное, кроме (ПК-5)
а) потливости
б) тахикардии
в) сухости во рту
г) тремора пальцев рук
д) нерезко выраженной астении
859. Для алкогольного абстинентного синдрома с вегетативно-соматическими и неврологическими расстройствами характерно все перечисленное, кроме (ПК-5)
а) гипергидроза
б) диспептических расстройств
в) нарушений памяти
г) генерализованного тремора
д) нарушений сердечно-сосудистой деятельности
860. Для развернутого алкогольного абстинентного синдрома характерно все перечисленное, кроме (ПК-5)
а) выраженного гипергидроза
б) генерализованного тремора
в) тревожно-параноидной установки
г) гипертензии, болей в сердце
д) менингеальных симптомов
861. Для абстинентного алкогольного синдрома с судорожным компонентом обязательно наличие следующих симптомов, за исключением (ПК-5)
а) тремора, гипергидроза
б) идеи ревности
в) развернутых или abortивных судорожных припадков
г) тревожно-госкливого фона настроения
д) головных болей
862. Для абстинентного алкогольного синдрома с психическими расстройствами характерно все перечисленное, кроме (ПК-5)
а) депрессивно-тревожного аффекта с пугливостью
б) расстройства сна, сопровождающегося кошмарными сновидениями
в) тревожно-параноидной установки
г) вербального галлюциноза
д) рудиментарных зрительных галлюцинаций
863. Для абстинентного алкогольного синдрома с обратимыми психоорганическими расстройствами характерно все перечисленное, кроме (ПК-5)
а) мнестических расстройств с утратой критики к своему состоянию и окружающему
б) колебаний аффекта от благодушия, эйфории до немотивированной злобы
в) атаксии, генерализованного тремора, пирамидных знаков
г) обстоятельности мышления, бедности речи
д) расстройства схемы тела
864. Алкогольный абстинентный синдром отличается от абстинентного синдрома при барбитуровой наркомании всем перечисленным, кроме (ПК-5)
а) сроков формирования
б) тяжести клинических проявлений
в) напряженности аффекта, дистрофичности
г) наличия вегетативных расстройств
д) наличия постоянной судорожной готовности
865. Для купирования алкогольного абстинентного синдрома целесообразно назначение всех перечисленных лекарственных средств, кроме (ПК-5)
а) тиосульфата натрия
б) витаминов (группы В)
в) магния сульфата
г) ноотропила
д) уротропина
866. Изменения личности при алкоголизме обусловлены (ПК-5)
а) токсическим действием алкоголя и его метаболитов
б) преморбидными характерологическими особенностями индивидуума
в) психореактивными моментами
г) всем перечисленным
д) ничем из перечисленного
867. Для алкогольной деградации характерно все перечисленное, кроме (ПК-5)
а) эмоциональное огрубение с исчезновением семейных и общественных привязанностей
б) интеллектуально - мнестического снижения
в) упадка инициативы и работоспособности с невозможностью систематически трудиться, снижения и поверхностности критики
г) утраты морально-нравственных ценностей
д) заострения преморбидных личностных особенностей
868. Алкогольная деградация включает в себя все перечисленное, за исключением (ПК-5)
а) стойких изменений памяти и интеллекта
б) игнорирования этических норм
в) расстройства мышления в виде разорванности
г) психопатоподобных проявлений
д) утраты критического отношения к злоупотреблению алкоголем и своему состоянию
869. Для алкогольной деградации с психопатоподобными симптомами характерно все перечисленное, исключая (ПК-5)
а) возбудимость с агрессивными поступками
б) грубый цинизм, бестактность
в) выраженные расстройства памяти на текущие события
г) назойливую откровенность, стремление очернить окружающих
д) периодически возникающие расстройства настроения по типу дисфории или глухой подавленности
870. Для алкогольной деградации с хронической эйфорией (по Е. Блейлеру) характерно все перечисленное, кроме (ПК-5)
а) беспечного, благодушного настроения
б) разорванности мышления
в) резкого снижения критики к собственному положению и окружающему
г) откровенности с окружающими вплоть до обнаженности
д) речи, определяемой набором шаблонных оборотов и стереотипных избитых шуток
871. Для алкогольной деградации с аспонтанностью характерно все перечисленное, исключая (ПК-5)
а) замкнутость, отгороженность
б) вялость, пассивность, снижение побуждений
в) склонность к паразитическому образу жизни
г) утрату интересов и инициативы
д) оживленность при появлении алкогольных раздражителей
872. Сомато-неврологическая патология при хронической интоксикации алкоголем обусловлена всем перечисленным, кроме (ПК-5)
а) преморбидного состояния органов и систем индивидуума
б) гистотоксического действия алкоголя и его метаболитов
в) ферментных нарушений в тканях
г) нарушения обмена ацетилхолина
д) нарушения обмена катехоламинов
873. При алкогольном поражении печени характерно (ПК-5)
а) зернистая дистрофия гепатоцитов
б) жировая дистрофия
в) некроз гепатоцитов
г) цирроз печени портального типа
д) все перечисленное

874. При остром алкогольном гепатите характерно все перечисленное, кроме (ПК-5)
- диспептических расстройств
 - общей интоксикации
 - желтухи паренхиматозной
 - гипергликемии
 - увеличения печени
875. Отличительными признаками цирроза печени алкогольной этиологии от вирусной является все перечисленное, кроме (ПК-5)
- асцита
 - увеличения печени
 - желтухи
 - сопутствующих заболеваний (язва желудка, ХР, панкреатит, сахарный диабет)
 - спленомегалии
876. Для алкогольного цирроза печени характерны все перечисленные нарушения, исключая (ПК-5)
- тупую боль в правом верхнем квадрате живота
 - горечь во рту
 - снижение уровня билирубина в сыворотке крови
 - увеличенную и плотную печень
 - сосудистые "звездочки" на коже
877. Хронические панкреатиты у больных алкоголизмом имеют ряд особенностей, к которым относятся все перечисленные, кроме (ПК-5)
- преобладания латентных форм
 - редкости типичного болевого синдрома
 - сочетания с гепатомегалией
 - раннего появления и выраженного развития синдрома кишечной и желудочной диспепсии (вследствие содружественного поражения поджелудочной железы и печени)
 - необязательного повышения уровня диастазы в моче и крови
878. Острая почечная недостаточность (токсический нефронефроз) у больных алкоголизмом характеризуется всем перечисленным, кроме (ПК-5)
- развития после приема малых доз алкоголя
 - минимальной протеинурии
 - микрогематурии
 - короткого осуществления мочевого синдрома
 - быстрого течения заболевания
879. Хронический нефрит алкогольной этиологии проявляется всем перечисленным, за исключением (ПК-5)
- двухсторонней гематурии
 - гипериммуноглобулинемии А
 - артериальной гипертензии
 - сочетания с внепочечными проявлениями алкоголизма (гепатит, панкреатит)
 - обострения в связи с алкогольным эксцессом
880. При алкоголизме возможны следующие поражения органов дыхания (ПК-5)
- трахеобронхит
 - бронхоэктазы
 - пневмосклероз
 - эмфизема легких
 - все перечисленные
881. Взаимосвязь между алкоголизмом и туберкулезом легких обусловлена (ПК-5)
- снижением местной защиты легких в связи с алкогольной интоксикацией
 - развитием функциональных и органических изменений в ЦНС и внутренних органах, иммунной системе
 - неполноценным питанием, нарушением обмена веществ
 - снижением общей резистентности организма
 - всем перечисленным
882. К изменениям кожных покровов при алкоголизме относится все перечисленное, кроме (ПК-5)
- расширения поверхностных сосудов кожи
 - гиперемии кожи лица
 - трофических язв
 - меланоза
 - "сосудистых звездочек" и участков депигментации
883. Нарушение зрения при алкоголизме проявляется всем перечисленным, кроме (ПК-5)
- амблиопии
 - сужения полей зрения
 - нарушения темновой адаптации
 - нарушения цветового зрения
 - атрофии зрительного нерва
884. Неврологические проявления алкоголизма включают в себя все перечисленное, кроме (ПК-5)
- полиневропатии
 - синдрома рассеянного энцефаломиелита
 - судорожного синдрома
 - гипоталамического синдрома с вегетативно-сосудистыми пароксизмами
 - паркинсоноподобного синдрома
885. Вегето-сосудистая дистония при алкоголизме проявляется всем перечисленным, кроме (ПК-5)
- повышенной сонливости
 - гипергидроза
 - лабильности пульса и артериального давления
 - повышенной раздражительности
 - быстрой утомляемости
886. К переходящим неврологическим расстройствам в структуре похмельного синдрома относится все перечисленное, кроме (ПК-5)
- тремора
 - вегетативной дисфункции
 - судорожных проявлений
 - нарушения мозжечковых функций
 - алкогольной полиневропатии
887. Для алкогольной полиневропатии характерно все перечисленное, кроме (ПК-5)
- парестезии
 - снижения болевой и температурной чувствительности
 - утраты ахилловых и повышения коленных рефлексов
 - наличия многочисленных трофических язв
 - болей по ходу периферических нервов
888. Клиника синдрома рассеянного энцефаломиелита при алкоголизме включает жалобы больных на все перечисленное, кроме (ПК-5)
- головной боли, головокружения
 - болей в руках и ногах
 - онемения в дистальных отделах рук и ног, повышенной слабости
 - снижения остроты зрения
 - нарушения сна
889. К основным критериям, определяющим состояние простого алкогольного опьянения, относятся все перечисленные, кроме (ПК-5)
- изменения в эмоциональной сфере
 - функциональных изменений моторики
 - изменения ассоциативного процесса и характера восприятия окружающего
 - запаха алкоголя изо рта
 - миоза
890. Для признаков легкой степени простого алкогольного опьянения характерно все перечисленное, кроме (ПК-5)
- ощущения психического и физического комфорта
 - повышения речедвигательной активности
 - легкого нарушения координации движений
 - замедления ассоциативного процесса
 - появления вегетативных реакций в виде гиперемии кожи
891. Для признаков средней степени простого алкогольного опьянения характерно все перечисленное, кроме (ПК-5)
- функциональных нарушений моторики
 - замедления и затруднения ассоциативного процесса
 - дизартричности речи
 - непроизвольного мочеиспускания
 - однообразности представлений, трудности в переключении внимания, застремости
892. Тяжелая степень простого алкогольного опьянения определяется всем перечисленным, кроме (ПК-5)
- мозжечковой атаксии
 - мышечной атонии, амимии
 - вестибулярных расстройств: головокружения, тошноты, рвоты
 - гипертермии
 - снижения тонуса сердечно-сосудистой системы
893. По миновании тяжелой интоксикации алкоголем в течение нескольких дней наблюдается (ПК-5)
- адинамическая астения
 - анорексия
 - нарушение ночного сна
 - повышенная потливость
 - все перечисленное

894. В отношении патологического опьянения верно все перечисленное, кроме (ПК-5)
- внезапности, остроты и транзиторности психотического эпизода
 - сумеречного состояния сознания
 - испульсивности и целенаправленного характера разрушительных, нередко криминальных действий
 - кризисного разрешения глубоким сном и астенией, амнезии
 - высокого риска возникновения повторных состояний патологического опьянения
895. В отношении эпилептоидной формы патологического опьянения верно все перечисленное, кроме (ПК-5)
- интенсивного двигательного возбуждения, обычно в форме бессмысленных и хаотических агрессивных действий
 - двигательных стереотипов
 - преобладания аффекта, иступленной злобы и ярости
 - скудной речевой продукции
 - зависимости поведения опьяневшего от окружающей ситуации
896. Для начальных проявлений синдрома измененной реактивности характерно все перечисленное, кроме (ПК-5)
- роста толерантности у алкоголя в 2-3 раза
 - изменения характера действия алкоголя (преобладания стимулирующего эффекта)
 - нерегулярно возникающего чувства отвращения к алкоголю при передозировке
 - нарушения циркадного ритма
 - утраты рвотного рефлекса
897. Для начальной стадии алкоголизма (I стадии) характерно все перечисленное, кроме (ПК-5)
- ситуационно обусловленного первичного патологического влечения к алкоголю
 - утраты защитного рвотного рефлекса
 - роста толерантности в 2-4 раза
 - затрудненного засыпания
 - снижения количественного контроля
898. Первичное патологическое влечение к алкоголю в I стадии, как правило (ПК-5)
- ситуационно обусловлено
 - возникает спонтанно с борьбой мотивов
 - возникает спонтанно без борьбы мотивов
 - носит неодолимый характер
 - верно все перечисленное
899. Для симптома снижения количественного контроля характерно все перечисленное, исключая (ПК-5)
- появление на фоне опьянения желания продлить выпивку
 - симптом "опережения круга"
 - неразборчивое отношение к виду напитка
 - появление желания употреблять алкоголь в одиночестве
 - относительный контроль дозы алкоголя при возникновении значимых для больного ситуаций
900. Для II стадии алкоголизма характерно все перечисленное, исключая (ПК-5)
- спонтанно возникающее влечение к алкоголю
 - абстинентный синдром
 - псевдозапой
 - тотальные амнезии состояния опьянения
 - палимпсесты
901. Для резко выраженных изменений картины простого алкогольного опьянения характерно все перечисленное, кроме (ПК-5)
- практически полного отсутствия эйфории
 - наличия выраженной вязкости аффекта со злобой, придирчивостью
 - появления тотальных амнезий
 - несоответствия клиники опьянения концентрации алкоголя в крови
 - расстройства сознания по типу сумеречного
902. Для псевдозапов характерно все перечисленное, кроме (ПК-5)
- употребления алкоголя от 2-3 до 7-12 дней
 - связи начала и окончания алкогольного эксцесса с внешними факторами
 - сохранения толерантности в течение всего периода употребления алкоголя
 - сохранности влечения к алкоголю после запоя в течение некоторого времени
 - отчетливого изменения психического и физического состояния больного за несколько дней до псевдозапоя
903. Во II стадии заболевания форма потребления алкоголя проявляется по типу (ПК-5)
- псевдозапов
 - постоянного пьянства на фоне высокой толерантности
 - "перемежающегося" пьянства
 - истинных запоев
 - всего перечисленного, кроме г)
904. Для симптома "плато" толерантности характерно все перечисленное, кроме
- употребления стабильно установившейся дозы алкоголя
 - развития состояния опьянения от приема только больших доз
 - переносимости максимальных доз на протяжении отрезка времени той или иной длительности
 - возникновения на этапе I-II стадии болезни
 - употребления максимальных для данного больного доз алкоголя как одномоментно, так и на протяжении суток
905. Для снижения толерантности при алкоголизме характерно (ПК-5)
- снижение одномоментной дозы, вызывающей опьянение
 - употребление алкоголя дробными дозами
 - переход на спиртные напитки с низким содержанием алкоголя
 - выраженная эйфория от принятого алкоголя
 - все перечисленное, кроме г)
906. Для симптома снижения толерантности характерно (ПК-5)
- переход на более слабые алкогольные напитки
 - время появления на II-III и III стадиях заболевания
 - снижение одномоментной дозы алкоголя при высокой суточной
 - выраженная эйфория в состоянии опьянения даже при принятии незначительных доз
 - все перечисленное, кроме г)
907. Для алкогольных амнезий возможно все перечисленное, кроме (ПК-5)
- лакунарности, фрагментарности
 - достаточно правильного поведения больного в эпизодах, которые впоследствии амнезируются
 - возникновения на этапе алкоголизма, характеризующемся заметным ростом толерантности
 - расстройства самосознания
 - сохранения моторики
908. Для симптома лакунарной амнезии (алкогольные палимпсесты) характерно все перечисленное, кроме (ПК-5)
- появления на этапе II стадии заболевания
 - запамятывания событий, касающихся отдельных второстепенных эпизодов периода опьянения
 - возникновения при приеме привычных доз алкоголя
 - отсутствия грубых расстройств моторики
 - наличия грубых нарушений поведения в состоянии опьянения
909. Для симптома наркотической амнезии (по И.В. Стрельчуку) характерно все перечисленное, кроме (ПК-5)
- появления на начальных стадиях заболевания
 - провалов в памяти на финальный период алкогольного эксцесса
 - эпизодичности возникновения
 - возникновения при употреблении максимально переносимых доз
 - провалов памяти на значительный период опьянения
910. Для симптома тотальной амнезии характерно все перечисленное, кроме (ПК-5)
- запамятывания значительной части периода опьянения
 - возникновения на фоне сниженной толерантности при приеме небольших доз алкоголя
 - выраженного расстройства моторики
 - возникновения в III стадии заболевания
 - полной утраты памяти только на финальный период алкогольного эксцесса
911. Наиболее характерными нарушениями социального статуса больного алкоголизмом во II стадии являются все перечисленные, кроме (ПК-5)
- постоянных ссор в семье с угрозой разрыва семейных взаимоотношений
 - несчастных случаев, промышленно-бытового и транспортного травматизма

- в) снижения профессиональных навыков и производительности труда
г) тяжелых правонарушений
д) утраты интересов, асоциального поведения
912. Для III стадии алкоголизма наиболее типичны все перечисленные признаки, исключая (ПК-5)
а) первичное патологическое влечение к алкоголю с характером неодолимости
б) утрату ситуационного контроля
в) снижение толерантности к алкоголю
г) наличие интеллектуально-мнестических нарушений
д) псевдозапой
913. Синдром снижения и утраты количественного и ситуационного контроля характеризуется всем перечисленным, за исключением (ПК-5)
а) усиления влечения к алкоголю в состоянии легкого опьянения
б) снижения "критической дозы"
в) появления опьянений средней и тяжелой степени
г) появления тотальных амнезий
д) расстройства сознания по типу сумеречного
914. Для истинных запоев характерно все перечисленное, кроме (ПК-5)
а) цикличности возникновения
б) спонтанности возникающего интенсивного влечения к алкоголю
в) интолерантности с отвращением к алкоголю в конце запоя
г) появления соматических, аффективных расстройств перед началом запоя
д) время появления - II стадия болезни
915. Для постоянной формы пьянства с высокой толерантностью характерно все перечисленное, исключая (ПК-5)
а) ежедневное употребление алкоголя в течение недель и месяцев
б) увеличение изначальной дозы в 3-6 раз, употребление крепких спиртных напитков
в) время появления - II стадия алкоголизма
г) вынужденные перерывы между абзусами и зависимость их от внешних обстоятельств
д) наличие тяжелых форм алкогольного абстинентного синдрома
916. Для постоянной формы пьянства с низкой толерантностью характерно все перечисленное, кроме (ПК-5)
а) употребления алкоголя дробными дозами в течение суток (включая и ночное время)
б) перехода на более слабые спиртные напитки
в) время появления III стадии алкоголизма
г) преобладания депрессивного фона настроения
д) практически постоянного пребывания больных в состоянии неглубокого опьянения
917. Социальные последствия у больных в III стадии заболевания проявляются всем перечисленным, кроме (ПК-5)
а) неспособности выполнить в полном объеме семейные и производственные обязанности
б) расторжения браков или поддержания утилитарных отношений без эмоциональных связей
в) выраженного профессионального снижения с утратой прежней квалификации
г) иждивенческих тенденций
д) сохранения уровня личностной адаптации
918. О возможности перехода алкогольного абстинентного синдрома (ПК-5)
в металкогольный психоз свидетельствует
а) углубление бессонницы
б) изменчивость аффекта
в) судорожный припадок
г) компульсивное влечение к алкоголю
д) все перечисленное, кроме г)
919. Выделяют все перечисленные формы алкогольного делирия, кроме (ПК-5)
а) классического
б) легкого
в) редуцированного
г) смешанного (атипичного)
д) тяжелого
920. Алкогольный делирий возникает чаще всего (ПК-5)
а) в первые дни после окончания многодневного злоупотребления алкоголем
б) на высоте абстинентного похмельного синдрома
в) в период завершения абстинентного синдрома
г) верно все перечисленное
д) все перечисленное неверно
921. Тяжести проявлений алкогольного делирия способствует (ПК-5)
а) выраженность абстинентного синдрома
б) высокая концентрация алкоголя в крови
в) сопутствующие соматические заболевания
г) выраженные проявления энцефалопатии различного генеза
д) все перечисленное, кроме б)
922. При алкогольном делирии типичны все перечисленные соматовегетативные нарушения, кроме (ПК-5)
а) тахикардии
б) неустойчивости артериального давления
в) тахипноэ
г) повышения внутриглазного давления
д) субфебрильной температуры
923. При классическом делирии наблюдаются все перечисленные неврологические нарушения, исключая (ПК-5)
а) тремор
б) атаксию
в) анизокорию
г) мышечную гипотонию
д) гиперрефлексию
924. Отличительными признаками профессионального делирия являются (ПК-5)
а) скудность, немногочисленность зрительных галлюцинаций
б) интенсивное двигательное возбуждение
в) ложные узнавания
г) отсутствие амнезии после выхода из психоза
д) все перечисленные, кроме г)
925. Для мусситирующего "бормочущего" делирия у больных алкоголизмом характерно все перечисленное, за исключением (ПК-5)
а) отрешенности от действительности
б) возбуждения в пределах постели
в) хореформных, атетозоподобных гиперкинезов
г) сохранения ориентировки в окружающем
д) симптома "обирания"
926. Основным психическим нарушением в продромальном периоде алкогольной энцефалопатии является (ПК-5)
а) депрессия
б) астения
в) деперсонализация
г) обсессии
д) дисморфофобия
927. Неврологические нарушения при Корсаковском психозе представлены (ПК-5)
а) невритами конечностей
б) атрофией мышц
в) нарушением чувствительности
г) менингеальными знаками
д) всем перечисленным, кроме г)
928. Острая алкогольная энцефалопатия Гайе - Вернике сопровождается (ПК-5)
а) симптомами орального автоматизма
б) нистагмом
в) диплопией
г) сужением полей зрения
д) всем перечисленным
929. При алкогольном псевдопараличе наблюдаются все перечисленные признаки, кроме (ПК-5)
а) резкого снижения уровня суждений
б) отсутствия критики к себе и своему состоянию
в) эйфории и беспечности
г) вербального псевдогаллюциноза
д) переоценки
930. Среди начальных проявлений классического алкогольного галлюциноза, как правило, можно обнаружить все перечисленное, кроме (ПК-5)
а) акоазм
б) фонем
в) экстракампинных галлюцинаций
г) диффузной бредовой настроенности
д) функциональных галлюцинаций

931. В структуре развернутого классического алкогольного галлюциноза, кроме вербальных галлюцинаций можно обнаружить (ПК-5)
- а) синдром растерянности
 - б) аффект тревоги
 - в) бредовые расстройства
 - г) глубокое помрачение сознания
 - д) все перечисленное, кроме г)
932. Бредовые нарушения в рамках "классического" алкогольного параноида протекают в форме (ПК-5)
- а) бреда преследования
 - б) бреда физического уничтожения
 - в) бреда отношения
 - г) бреда ревности
 - д) всего перечисленного, кроме г)
933. Признаками перехода острого алкогольного параноида в затяжной являются все перечисленные, кроме (ПК-5)
- а) уменьшения интенсивности страха
 - б) преобладания тревожного аффекта
 - в) исчезновения иллюзорного компонента бреда
 - г) появления синдрома растерянности
 - д) нормализации внешних форм поведения
934. Основные особенности алкогольного бреда ревности заключаются во всем перечисленном, кроме (ПК-5)
- а) систематизации бреда
 - б) появления вербальных иллюзий
 - в) наличия ретроспективного бреда
 - г) возникновения бредовых конфабуляций
 - д) наличия ложных узнаваний
935. Наибольший риск развития алкоголизма у подростков связан (ПК-5)
- а) с наличием алкоголизма у матери
 - б) с наличием алкоголизма у отца
 - в) с наличием алкоголизма у обоих кровных родителей
 - г) с наследственной отягощенностью алкоголизмом по родственной линии матери
 - д) с наследственной отягощенностью алкоголизмом по родственной линии отца
936. Из семейных факторов, способствующих употреблению алкоголя подростками, имеют значение все перечисленные, кроме (ПК-8)
- а) конфликтности и нестабильности семьи
 - б) отношения родителей к алкоголю
 - в) низкого образовательного и культурного уровня семьи
 - г) отсутствия эмоционального тепла и духовности в семье
 - д) рода занятий родителей
937. Из факторов среды, влияющих на приобщение подростков к приему алкоголя, имеют значение все перечисленные, за исключением (ПК-8)
- а) примеров сверстников, употребляющих алкогольные напитки
 - б) нормы поведения родителей и их отношения к алкоголю
 - в) примера родителей, употребляющих спиртные напитки
 - г) недостатков в организации школьного обучения
 - д) многодетности семьи
938. К факторам, наиболее благоприятствующим привыканию подростков к употреблению алкогольных напитков, относятся все перечисленные, кроме (ПК-8)
- а) наличия органической церебральной недостаточности
 - б) неблагоприятного микросоциального окружения (пьянства родителей)
 - в) наследственной отягощенности алкоголизмом
 - г) определенного характерологического склада (внушаемости, бездуховности, слабости волевой сферы)
 - д) материальных затруднений в семье
939. Преморбид подростков, больных алкоголизмом, отличается всем перечисленным, кроме (ПК-1)
- а) отклонений или задержки психического или физического развития в связи с соматической болезнью, неправильным воспитанием и т.д.
 - б) экзогенных вредностей в виде остаточных явлений органического поражения головного мозга
 - в) психической заторможенности или возбуждения в первые годы жизни
 - г) интеллектуальных и характерологических отклонений
 - д) наличия эндогенных расстройств настроения
940. Среди подростков, злоупотребляющих алкоголем, преобладает преморбидная личность, характеризующаяся всем перечисленным, кроме (ПК-1)
- а) низкого интеллектуального уровня
 - б) повышенной внушаемости, подражательности и подчиняемости в поведении
 - в) легкой ранимости и неуверенности в себе
 - г) отсутствия познавательных интересов, любопытства
 - д) нестойкости и кратковременности подражательных действий и послушания
941. Примыканию подростка к алкогольным компаниям способствует все перечисленное, кроме (ПК-1)
- а) стремления к группированию
 - б) неудовлетворенности школой
 - в) многообразия и широты интересов
 - г) формирования бездуховности
 - д) гипер- и гипопеки, отсутствия контакта с родителями
942. Состояния опьянения у женщин, больных алкоголизмом, проявляются всем перечисленным, кроме (ПК-1)
- а) выраженного истерического поведения
 - б) агрессивных поступков
 - в) возбужденности, плаксивости
 - г) бредовой настроенности
 - д) суицидальных попыток и самоповреждений
943. Особенности клиники алкоголизма у женщин являются все перечисленные, кроме (ПК-5)
- а) замедленного темпа формирования течения заболевания
 - б) тенденции к раннему возникновению периодичности в течения заболевания
 - в) преобладания одиночного пьянства
 - г) стойких психопатологических расстройств в абстинентном состоянии
 - д) редуцированности идеаторного компонента патологического влечения к алкоголю
944. Патологическое влечение к алкоголю у женщин характеризуется всем перечисленным, кроме (ПК-5)
- а) пассивного непротивления
 - б) редуцированности идеаторного компонента
 - в) преобладания аффективного компонента
 - г) пароксизмальности возникновения
 - д) преобладания актуализированных форм
945. В отличие от алкоголизма мужчин, у женщин (ПК-5)
- а) заболевание формируется ускоренно
 - б) соматическая патология тяжелее и развивается быстрее
 - в) курабельность заболевания худшая
 - г) чаще развиваются психозы
 - д) верно все перечисленное, кроме г)
946. Понятие "ремиссии при алкоголизме" наиболее полно и клинически верно отражает следующее утверждение (ПК-1)
- а) ремиссия - форма проявления болезни в отсутствии интоксикации
 - б) ремиссия - полное воздержание больного алкоголизмом от употребления спиртных напитков не менее одного месяца с сохранением в латентном состоянии всех расстройств, свойственных алкоголизму
 - в) ремиссия - полное воздержание больного алкоголизмом от употребления спиртных напитков в интервалах между запоями
 - г) ни одно из приведенных определений не верно
947. "Спонтанные ремиссии" при алкоголизме обусловлены всем перечисленным, кроме (ПК-1)
- а) социальных последствий алкоголизма
 - б) присоединения соматического или неврологического заболевания
 - в) возрастного фактора
 - г) лечения в амбулаторных условиях
 - д) имеющегося эндогенного заболевания
948. Терапевтические ремиссии при алкоголизме обусловлены (ПК-8)
- а) лечебно-реабилитационными мероприятиями
 - б) присоединением какого-либо соматического или неврологического заболевания
 - в) микросоциальными факторами
 - г) возрастными особенностями
 - д) всем перечисленным
949. У больных алкоголизмом в ремиссиях могут проявляться все перечисленные расстройства, кроме (ПК-8)
- а) неврозоподобных
 - б) психопатоподобных
 - в) аффективных
 - г) вегетативных
 - д) бредовых

950. К биологическим факторам, влияющим на продолжительность и устойчивость ремиссий, относятся
- возраст формирования болезни (ПК-8)
 - наличие характерологических особенностей и связанных с ними особенностей клиники алкоголизма, изменений личности
 - стадия заболевания
 - все перечисленные факторы
 - ни один из перечисленных факторов
951. К лечебно-восстановительным факторам, влияющим на продолжительность и устойчивость ремиссий, относятся (ПК-8)
- характер лечения (амбулаторный или стационарный)
 - длительность, комплексность и дифференцированность терапии
 - социально-реабилитационные мероприятия
 - все перечисленные
 - ни один из перечисленных
952. К преобладающим (так называемым экзогенным) факторам, влияющим на продолжительность и устойчивость ремиссий, относятся (ПК-8)
- состояние эмоционального перенапряжения (разного рода психогенные факторы)
 - случайное употребление алкоголя
 - "ревизия" лечения
 - тяжелые соматические, неврологические и другие сопутствующие заболевания
 - все перечисленные
953. К индивидуально-психологическим факторам, влияющим на продолжительность и устойчивость ремиссий, относится (ПК-8)
- установка больного на лечение (наличие или отсутствие таковой)
 - степень выраженности алкогольной анозогнозии
 - перестройка мотивации поведения
 - все перечисленное
 - ничего из перечисленного
954. К индивидуально-психологическим факторам, влияющим на развитие рецидивов, относятся (ПК-8)
- установка больного на лечение
 - степень выраженности алкогольной анозогнозии
 - кратность лечения
 - перестройка мотивов поведения
 - все перечисленные
955. Показаниями к проведению аутогенной тренировки является все перечисленное, кроме (ПК-8)
- неврозов
 - гипертонической болезни
 - параноидных реакций
 - нарушений сна
 - астенических состояний
956. К рациональной психотерапии относят следующие методики, кроме (ПК-8)
- "умышленного пренебрежения"
 - "субординационно-авторитарных реакций"
 - "имаготерапии"
 - "возбуждающих воспоминаний"
 - "сократического диалога"
957. Психокорригирующими факторами, действующими в процессе групповой психотерапии, являются все перечисленные, кроме (ПК-8)
- чувства общности с группой
 - снижения эгоцентризма
 - гетеросуггестии
 - самораскрытия
 - обратной связи
958. Основными задачами, решаемыми в процессе групповой психотерапии, являются (ПК-8)
- отработка элементов коммуникативной деятельности
 - тренировка нарушенных функций
 - переоценка иерархии значимых ценностей
 - все перечисленные
 - ничего из перечисленного
959. В психотерапевтическом кабинете наркологического диспансера проводятся все следующие лечебно-профилактические мероприятия, кроме (ПК-8)
- групповой психотерапии
 - семейной психотерапии
 - гипносуггестивной психотерапии
 - аутогенной тренировки
 - диспансерного наблюдения больных алкоголизмом
960. Организация амбулаторной психотерапевтической помощи представлена следующими формами (ПК-6)
- психотерапевтические кабинеты общесоматических поликлиник
 - психогигиенические кабинеты студенческих поликлиник
 - кабинеты психогигиены и психопрофилактики при МСЧ на предприятиях с особыми условиями производства
 - кабинеты социально-психологической помощи (суицидологическая служба)
 - всеми перечисленными
961. В психотерапевтическом кабинете психоневрологического диспансера проводится лечение всех следующих контингентов больных, кроме (ПК-6)
- больных с невротическими расстройствами
 - больных с нарушениями соматических функций психогенной этиологии
 - лиц с острыми реакциями на стресс и адаптационными реакциями
 - больных с манифестными психотическими расстройствами
 - больных с расстройствами личности
962. К индивидуальным методам психотерапии алкоголизма относятся (ПК-8)
- рациональная психотерапия
 - ситуационно-психологический тренинг
 - внушение наяву
 - гипнотерапия
 - все перечисленные, кроме г)
963. Обучение больных алкоголизмом аутогенной тренировкой позволяет (ПК-8)
- притупить первичное патологическое влечение к алкоголю
 - устранить вторичное патологическое влечение к алкоголю
 - уменьшить эмоциональное напряжение
 - мобилизовать волевые ресурсы
 - все перечисленное, кроме б)
964. Применением метода рациональной психотерапии у больных алкоголизмом можно (ПК-8)
- уменьшить проявление алкогольной анозогнозии
 - аутоидентифицировать первичное патологическое влечение к алкоголю
 - выработать навыки поведения, препятствующие срыву ремиссии
 - провести ценностную переориентацию
 - все перечисленное верно
965. Абсолютными противопоказаниями к применению метода стрессопсихотерапии алкоголизма являются (ПК-8)
- делириозное состояние
 - исходная стадия алкоголизма
 - аментивное состояние
 - абстинентный синдром
 - все перечисленные, кроме б)
966. Организации психотерапевтической помощи в настоящее время свойственны все следующие тенденции, кроме (ПК-6)
- приближения к обслуживаемому населению как в территориальном, так и в социально-психологическом отношении
 - внедрения в общесоматические лечебно-профилактические учреждения
 - доминирования стационарной психотерапевтической помощи
 - доминирования амбулаторной психотерапевтической помощи
 - все перечисленное
967. Ведущими звеньями патогенеза при наркоманиях являются все перечисленные, кроме (ПК-5)
- нарушения функции катехоламиновой системы
 - нарушения транспорта ионов кальция через мембраны нервных клеток
 - нарушения метаболизма серотонина
 - перестройки опиатных рецепторов
 - нарушения обмена витаминов группы В
968. Патоморфоз наркоманий в основном обусловлен (ПК-5)
- использованием новых синтетических средств
 - использованием средств растительного происхождения
 - омоложением состава наркотизирующихся
 - использованием новых путей введения наркотиков
 - верно все перечисленное, кроме б)

969. Начало формирования наркомании определяется всем перечисленным, кроме (ПК-5)
- а) абстинентного синдрома
 - б) благоприятных сдвигов в психическом и физическом самочувствии под действием наркотика
 - в) предпочтения определенному наркотику
 - г) регулярности приема наркотика
 - д) угасания первоначального эффекта наркотика
970. Синдром измененной реактивности включает все перечисленное, кроме (ПК-5)
- а) изменения формы потребления одурманивающего вещества
 - б) появления абстинентного синдрома
 - в) изменения толерантности
 - г) исчезновения защитных реакций при передозировке
 - д) изменения формы опьянения
971. В настоящее время для наркоманий характерны все перечисленные тенденции, исключая (ПК-1)
- а) появление новых форм наркотиков, смену их
 - б) склонность к комбинированному приему наркотиков
 - в) рост числа женщин, злоупотребляющих наркотиками
 - г) преимущественное употребление средств растительного происхождения
 - д) появление новых путей введения наркотиков
972. Чаще всего наркомания формируется у лиц (ПК-1)
- а) с дефектами воспитания
 - б) с личностными девиациями
 - в) с нарушениями социальной адаптации
 - г) со всем перечисленным
 - д) ни с чем из перечисленного
973. Большим наркоманией в преморбиде присущи все перечисленные особенности, кроме (ПК-1)
- а) черт психического инфантилизма
 - б) высокой частоты перинатальной и ранней постнатальной патологии
 - в) затруднений в социальной адаптации
 - г) различных психопатологических расстройств (логоневроз, невротические реакции, гипердинамический синдром и др.)
 - д) паранойальности
974. Ведущими звеньями патогенеза при наркоманиях являются все перечисленные, кроме (ПК-1)
- а) нарушения функции катехоламинерной системы
 - б) нарушения транспорта ионов кальция через мембраны нервных клеток
 - в) нарушения метаболизма серотонина
 - г) перестройки опиатных рецепторов
 - д) нарушения обмена витаминов группы В
975. "Наркогенность" вещества определяется всем перечисленным, кроме (ПК-5)
- а) скорости образования зависимости
 - б) вида вещества
 - в) высоты толерантности
 - г) степени психической и социальной инвалидизации
 - д) значения субъективного эффекта вещества
976. Изменение состояния опьянения у наркомана характеризуется всем перечисленным, кроме (ПК-5)
- а) исчезновения сомато-вегетативных эффектов наркотика
 - б) исчезновения седативного эффекта
 - в) появления амнезий
 - г) повышения интенсивности эйфории
 - д) появления парадоксальных и извращенных психических эффектов
977. Все утверждения в отношении психического влечения к наркотику верны, кроме (ПК-5)
- а) неспецифичности (возможности подавления любым другим средством)
 - б) определения настроения, эмоционального фона больного
 - в) нарушений поведения больного в момент актуализации
 - г) перестройки психической жизни больного
 - д) изменения социальной ориентации личности
978. Обострению психического влечения к наркотику способствует все перечисленное, исключая (ПК-5)
- а) конфликты, не связанные с наркотизацией
 - б) неприятные соматические ощущения
 - в) встречи с людьми, в компании которых принимались наркотики
 - г) разговор о наркотиках
 - д) появление нового сильного увлечения
979. Все утверждения в отношении компульсивного влечения к наркотику верны, кроме (ПК-5)
- а) возникновения с началом II стадии наркомании
 - б) представления всего содержания сознания больного в определенный момент
 - в) диктата поведения больного
 - г) сопровождения вегетативными стигмами
 - д) неспецифичности
980. Синдром физической зависимости от наркотика включает все перечисленное, кроме (ПК-5)
- а) компульсивного влечения
 - б) способности достижения физического комфорта в интоксикации
 - в) абстинентного синдрома
 - г) утраты контроля над дозой
 - д) социальных последствий наркотизации
981. Отличительной чертой зависимости от опиатов является то, что она развивается (ПК-5)
- а) после 4-8 инъекций
 - б) возникает при применении терапевтических (малых) доз опиатов
 - в) возникает при приеме более высоких (2-3-кратных) доз
 - г) правильно а) и в)
 - д) верно все перечисленное
982. Наиболее достоверными вегетативными признаками острой опиоидной интоксикации являются все перечисленные, кроме (ПК-5)
- а) миоза (симптом "точки", булавочной головки) с отсутствием или крайне вялой реакцией зрачков на свет
 - б) зуда кожи лица (особенно кончика носа) и бледности
 - в) сухости кожных покровов и слизистых
 - г) отсутствия нарушений координации и артикуляции
 - д) сохранения кашлевого рефлекса
983. В состоянии острой интоксикации опиатами наблюдается все перечисленное, кроме (ПК-5)
- а) гипотермии и гипотензии
 - б) подавления кашлевого рефлекса
 - в) повышения устойчивости к боли
 - г) урежения сердечного ритма и угнетения дыхания
 - д) повышения моторной активности кишечника
984. Психический дискомфорт при перерыве в приеме опиатов выражается всем перечисленным, кроме (ПК-5)
- а) необъяснимой неудовлетворенности
 - б) немотивированного изменения настроения
 - в) снижения работоспособности
 - г) несобранности внимания
 - д) головной боли
985. Для I стадии опиоидной наркомании наиболее характерным является все перечисленное, кроме (ПК-5)
- а) систематического приема опиатов
 - б) исчезновения зуда кожи лица
 - в) роста толерантности в 8-10 раз
 - г) неизменности физиологического действия опиатов
 - д) обсессивного влечения к наркотику
986. II стадия опиоидной наркомании проявляется (ПК-5)
- а) физической зависимостью
 - б) ростом толерантности
 - в) изменением формы употребления наркотика - выработкой индивидуального ритма приема
 - г) тонизирующим действием наркотика
 - д) заострением преморбидных черт и морально-этическим снижением
987. Начальными признаками (I фаза) абстинентного синдрома при отнятии опиатов являются (ПК-5)
- а) чувство неудовлетворенности
 - б) напряженность, беспокойство
 - в) расширение зрачков
 - г) слезотечение, насморк, чихание
 - д) диспепсические явления
988. Начальными признаками острой интоксикации гашишем являются все перечисленные, кроме (ПК-5)
- а) гиперемии лица
 - б) сужения зрачков
 - в) инъекирования склер
 - г) сухости во рту
 - д) парестезий
989. Характерными реакциями при острой интоксикации препаратами конопли являются все перечисленные признаки, кроме (ПК-5)

- а) повышенного чувства голода
 б) жажды
 в) головной боли
 г) гиперсаливации
 д) тошноты
990. Психопатологическими симптомами острой интоксикации препаратами конопли являются все перечисленные, кроме (ПК-5)
 а) неадекватной веселости
 б) нелепого поведения
 в) дисфории
 г) агрессивности
 д) состояния легкости, невесомости
991. На выходе из состояния гашишной интоксикации наблюдается все перечисленное, исключая (ПК-5)
 а) бледность
 б) слабость, вялость
 в) повышенный аппетит
 г) гиперрефлексию
 д) гипотонию
992. Состояние интоксикации препаратами конопли при передозировке характеризуется всем перечисленным, кроме (ПК-5)
 а) деперсонализации
 б) панических реакций
 в) спутанности сознания
 г) галлюцинаторных расстройств
 д) апато-абулических нарушений
993. Клиника хронических гашишных психозов определяется всем перечисленным, кроме (ПК-5)
 а) галлюцинаторно-параноидных расстройств
 б) бреда преследования
 в) парафренного синдрома
 г) маниакальных расстройств
 д) кататонических расстройств
994. Общими признаками хронических гашишных психозов являются все перечисленные, исключая (ПК-5)
 а) аффективную насыщенность
 б) лабильность
 в) нарушение сознания
 г) наличие сомато-вегетативных расстройств
 д) неразвернутость психотических расстройств
995. Начальными признаками острой интоксикации барбитуратами являются все перечисленные, исключая (ПК-5)
 а) мгновенное оглушение
 б) ощущение "мягкого удара" в голове
 в) потемнение в глазах
 г) ощущение, что "все плывет перед глазами"
 д) ощущение полета, чувства невесомости
996. Психопатологические расстройства в состоянии острой интоксикации барбитуратами выражаются всем перечисленным, кроме (ПК-5)
 а) беспричинного веселья
 б) неустойчивого эмоционального фона
 в) расторможенности
 г) снижения способности к осмыслению окружающего
 д) дисфоричности
997. I фаза абстинентного синдрома при барбитуровой наркомании характеризуется (ПК-5)
 а) ознобом
 б) гипергидрозом
 в) бессонницей
 г) миозом
 д) чувством неудовлетворенности, беспокойством
998. Для II фазы абстинентного синдрома при барбитуровой наркомании характерно все перечисленное, исключая (ПК-5)
 а) гиперрефлексию
 б) мышечную гипертензию
 в) мелкий тремор
 г) подъем артериального давления
 д) сонливость
999. В III фазе абстинентного синдрома при барбитуровой наркомании появляются все перечисленные симптомы, кроме (ПК-5)
 а) болей в желудке
 б) болей в кишечнике
 в) рвоты, поноса
 г) болей в крупных суставах
- д) коллапсов
1000. Признаками нарастания компульсивного влечения при барбитуровой наркомании являются все перечисленные, кроме (ПК-5)
 а) появления аффективных колебаний
 б) угрюмости, подавленности, отгороженности
 в) повышенной раздражительности, вплоть до гневливости, злобности
 г) головной боли
 д) способности к общению
1001. Для толерантности при токсикомании транквилизаторами характерно все перечисленное, исключая (ПК-5)
 а) развитие в разные сроки к различным по действию бензодиазепинам
 б) более медленное развитие при мощной противотревожной активности
 в) более быстрое развитие к седативному и миорелаксирующему эффектам
 г) так называемую "поведенческую" толерантность
 д) явление перекрестной толерантности
1002. Состояние опьянения бензодиазепинами характеризуется всем перечисленным, кроме (ПК-5)
 а) эйфории
 б) неусидчивости
 в) болтливости
 г) нарушения координации движений
 д) гиперемии лица
1003. Психическая зависимость от бензодиазепинов развивается быстрее у личностей (ПК-1)
 а) аффективно-лабильных
 б) психастенических
 в) конформных
 г) эксплозивных
 д) эпилептоидных
1004. Состояние опьянения транквилизаторами у больных алкоголизмом характеризуется (ПК-5)
 а) выраженной дисфорией
 б) брутальностью
 в) судорожными припадками
 г) амнезией состояния опьянения
 д) конфликтностью
1005. Абстинентный синдром при токсикоманиях транквилизаторами проявляется всем перечисленным, кроме (ПК-5)
 а) головной боли, бессонницы
 б) фибриллярных подергиваний лицевой мускулатуры и мышц конечностей
 в) напряженности, подавленности
 г) бледности кожных покровов
 д) брадикардии
1006. Психопатологическими признаками абстинентного синдрома при токсикоманиях транквилизаторами являются все перечисленные, исключая (ПК-5)
 а) тревогу, неусидчивость
 б) подавленность
 в) недовольство и злобность
 г) патологическое влечение к транквилизаторам
 д) сенестопатии
1007. К соматическим признакам абстинентного синдрома при токсикоманиях транквилизаторами относят все перечисленное, кроме (ПК-5)
 а) ортостатической гипотензии
 б) тахикардии
 в) анорексии, тошноты
 г) бледности
 д) болей в крупных суставах
1008. Для неврологического симптомокомплекса при хронической интоксикации транквилизаторами характерно все перечисленное, кроме (ПК-5)
 а) мелкоразмашистого "седативного" тремора пальцев вытянутых рук
 б) пошатывания в позе Ромберга
 в) горизонтального нистага, практически полного отсутствия конвергенции
 г) снижения или отсутствия брюшных рефлексов
 д) узких зрачков
1009. К симптомам интоксикации кокаином относятся все перечисленные, кроме (ПК-5)
 а) выраженной эйфории

- б) ощущения повышенных возможностей
в) гиперактивности
г) раздражительности, беспокойства
д) агрессии
1010. На спаде интоксикации у кокаинового наркомана появляются все следующие симптомы, кроме (ПК-5)
а) сердечной аритмии
б) повышения температуры тела
в) жжения в глазах, сухости во рту
г) гипотензии
д) учащенных позывов к мочеиспусканию
1011. Последствия злоупотребления кокаином характеризуются всем перечисленным, кроме (ПК-5)
а) развития депрессий с высоким суицидальным риском
б) агрессивности
в) интеллектуально-мнестических нарушений
г) снижения уровня интересов
д) параноидной настроенности
1012. Сомато-неврологическими последствиями злоупотребления кокаином являются (ПК-5)
а) паркинсоноподобные нарушения
б) сексуальные дисфункции
в) прогрессирующее физическое истощение, анемия
г) снижение иммунитета и подверженность рекуррентным заболеваниям
д) все перечисленные
1013. К галлюциногенам относятся все перечисленные средства, кроме (ПК-5)
а) производных лизергиновой кислоты (LSD)
б) псилобицина
в) метадона
г) мевистицина
д) мескалина
1014. К соматическим расстройствам острой интоксикации галлюциногенами относятся (ПК-5)
а) мидриаз со светобоязнью
б) анизокория
в) гиперрефлексия до клонуса мышц
г) ощущение холода
д) повышенная потливость
1015. К соматическим расстройствам при острой интоксикации галлюциногенами относятся все перечисленные, кроме (ПК-5)
а) ощущения жара
б) понижения температуры
в) слезо- и слюноотечения
г) тахикардии и подъема артериального давления
д) чувства голода одновременно с тошнотой
1016. К психопатологическим эффектам острой интоксикации галлюциногенами относятся все перечисленные, исключая (ПК-5)
а) нарушения зрительного восприятия
б) парестезии
в) деперсонализационные и дереализационные расстройства
г) хаотическую смесь: эйфории и дисфории, смешливость и чувство тревоги
д) стойкий вербальный галлюциноз
1017. К нарушениям зрительного восприятия при интоксикации галлюциногенами относятся (ПК-5)
а) ощущение усиления яркости освещения
б) появление ярко окрашенного ореола, сияния, радуги перед глазами
в) калейдоскопические галлюцинации с приятным содержанием
г) устрашающие, неприятные галлюцинации
д) ничего из перечисленного
1018. Последствиями злоупотребления галлюциногенами являются все перечисленные, исключая (ПК-5)
а) агрессивные действия
б) суициды из-за устрашающих галлюцинаций
в) хромосомные нарушения
г) острые депрессивные реакции
д) лейкемию
1019. В динамике состояния острой интоксикации средствами бытовой и промышленной химии различают следующие фазы (ПК-5)
а) сомато-вегетативных расстройств
б) преобладания эйфорического компонента
в) нарушения сознания
г) галлюцинаторных и иллюзорных нарушений
д) все перечисленные
1020. В состоянии острой интоксикации средствами бытовой и промышленной химии у больного выявляются все следующие симптомы, исключая (ПК-5)
а) расширенные зрачки, инъекцированные склеры
б) гиперемизированное лицо
в) учащенный пульс и дыхание
г) тремор рук
д) резкий химический запах от одежды, волос, кожи

Ответы к вопросам тестового контроля.

821. Г	841. Г	861. б	881. д	901. д	921. д	941. в	961. г	981. б	1001. г
822. Г	842. В	862. г	882. г	902. д	922. г	942. г	962. д	982. д	1002. д
823. Б	843. А	863. д	883. д	903. а	923. г	943. а	963. д	983. д	1003. б
824. А	844. Г	864. д	884. д	904. г	924. д	944. д	964. д	984. д	1004. в
825. В	845. Б	865. д	885. а	905. д	925. г	945. д	965. д	985. в	1005. д
826. Б	846. Б	866. г	886. г	906. д	926. б	946. а	966. в	986. г	1006. д
827. А	847. Д	867. д	887. г	907. г	927. д	947. г	967. д	987. д	1007. д
828. Д	848. Д	868. в	888. г	908. в	928. д	948. д	968. б	988. б	1008. д
829. Б	849. Б	869. в	889. д	909. а	929. г	949. д	969. а	989. г	1009. д
830. Д	850. Г	870. б	890. г	910. д	930. г	950. г	970. б	990. д	1010. г
831. Б	851. д	871. в	891. г	911. д	931. д	951. г	971. г	991. г	1011. д
832. Б	852. д	872. а	892. г	912. д	932. д	952. д	972. г	992. д	1012. д
833. А	853. а	873. д	893. д	913. д	933. г	953. г	973. д	993. д	1013. в
834. Б	854. в	874. г	894. д	914. д	934. д	954. д	974. д	994. в	1014. г
835. Д	855. г	875. д	895. д	915. г	935. в	955. в	975. б	995. д	1015. б
836. Г	856. г	876. в	896. б	916. г	936. д	956. в	976. г	996. д	1016. д
837. Г	857. в	877. д	897. г	917. д	937. д	957. б	977. в	997. г	1017. д
838. Г	858. б	878. а	898. а	918. д	938. д	958. г	978. д	998. д	1018. г
839. Д	859. в	879. в	899. г	919. г	939. д	959. д	979. д	999. б	1019. д
840. В	860. д	880. а	900. г	920. г	940. в	960. д	980. д	1000. д	1020. г

5.2. ВОПРОСЫ СОБЕСЕДОВАНИЯ

Методы исследования психически больных.

1. Цели и задачи психиатрии. Предмет изучения психиатрии. (УК-1)
2. История развития психиатрии в России и за рубежом. (УК-1)
3. Термины и понятия психиатрии (симптом, синдром, болезнь, патологическое состояние, первичные и вторичные расстройства, продуктивные и негативные расстройства, психический дефект). (ПК-2)
4. Клинико-психопатологическое исследование: расспрос больного при исследовании его психического состояния, получении субъективных анамнестических данных, расспрос родственников пациента и других лиц при получении объективных анамнестических данных, наблюдение за больным. (ПК-2)
5. Общесоматическое исследование в психиатрии. (ПК-2)
6. Неврологическое исследование в психиатрии. (ПК-2)
7. Биохимические методы исследования. Исследование ликвора. Бактериологические методы. Коллоидные реакции (Ланге, Нонне-Аппельта, Вейтбрехта). (ПК-2)
8. Инструментальные методы исследования в психиатрии. Рентген, пневмоэнцефалография, ангиография. Электроэнцефалография и М-эхография. Компьютерная томография. Ядерно-магнитный резонанс (ЯМР). Генетические методы исследования (генеалогический, близнецовый, биохимический, цитогенетический). (ПК-2)
9. Экспериментально-психологическое обследование в психиатрии. Методики исследования отдельных психических функций. Методики исследования личности. Нейропсихологические методики. Применение опросников. Применение клинических оценочных шкал. (ПК-2)

Патология ощущений и восприятия.

10. Акты ощущения и восприятия, их сравнительный анализ. (ПК-5)
11. Нарушения интенсивности восприятия: гиперестезия, гипостезия, анестезия. (ПК-5)
12. Клинико-патогенетические варианты анестезии. (ПК-5)
13. Парестезии и сенестопатии, их сравнительная характеристика. (ПК-5)
14. Сенестопатии, их нозологическая принадлежность. (ПК-5)
15. Синестезии, их клиническая характеристика, диагностическое значение. (ПК-5)
16. Агнозии, разновидности, клиническое значение. (ПК-5)
17. Психосенсорные расстройства, их клиническая картина и диагностическое значение. (ПК-5)
18. Сенсорная гиперпатия и гипопатия, их клиническая картина и диагностическое значение. (ПК-5)
19. Синдром деперсонализации, разновидности, диагностическое значение. (ПК-5)
20. Учение о психическом отчуждении (Меграбян А.А., 1962). (ПК-5)
21. Иллюзии, их происхождение, классификации, диагностическое значение. (ПК-5)
22. Галлюцинации, их происхождение, классификации, диагностическое значение. (ПК-5)
23. Клиническая характеристика галлюцинаций, возникающих в различных органах чувств. (ПК-5)
24. Истинные и псевдогаллюцинации, сравнительный анализ, дифференциальные клинические признаки. (ПК-5)
25. Истинные галлюцинации, клиническая характеристика, диагностическое значение. (ПК-5)
26. Псевдогаллюцинации В.Х. Кандинского (1890), определение, сравнительный анализ с другими психопатологическими симптомами (аутохтонными идеями К. Вернике, психическими галлюцинациями Ж. Байарже, психическим автоматизмом Г. Клерамбо и др.), клиническая характеристика, диагностическое значение. (ПК-5)
27. Особенности поведения пациента с истинными и псевдогаллюцинациями. (ПК-5)

28. Синдром галлюциноза, клиническая характеристика, диагностическое значение. (ПК-5)
Патология мышления.
29. Типы ассоциаций. Представление, понятие, суждение, умозаключение. (ПК-5)
30. Язык, мышление и речь, их сравнительный анализ. (ПК-5)
31. Развитие мышления и речи. Концепции Ж. Пиаже и Л.С. Выготского. (ПК-5)
32. Ускоренное мышление, клиническая характеристика, нозологическая принадлежность. (ПК-5)
33. Замедленное мышление, клиническая характеристика, нозологическая принадлежность. (ПК-5)
34. Обстоятельность и вязкость мышления, сравнительный анализ. (ПК-5)
35. Персеверации, клиническая характеристика, нозологическая принадлежность. (ПК-5)
36. Аутистическое мышление и аутизм как проявление схизиса. (ПК-5)
37. Понятие интрапсихической атаксии. Клинические варианты нарушения структуры мышления в рамках интрапсихической атаксии. (ПК-5)
38. Атактическое мышление, его сравнение с шизофазией. (ПК-5)
39. Паралогическое мышление, его этиопатогенетические варианты. (ПК-5)
40. Синдром метафизической интоксикации у подростков. (ПК-5)
41. Символическое мышление, клиническая характеристика, нозологическая принадлежность. (ПК-5)
42. Резонерское мышление, клиническая характеристика, нозологическая принадлежность. (ПК-5)
43. Формальное мышление, клиническая характеристика, нозологическая принадлежность. (ПК-5)
44. Бессвязное мышление, клиническая характеристика, нозологическая принадлежность. (ПК-5)
45. Бредоподобные идеи, клиническая характеристика, нозологическая принадлежность. (ПК-5)
46. Навязчивые идеи, клиническая характеристика, нозологическая принадлежность, отличия при разных заболеваниях. (ПК-5)
47. Сверхценные идеи, клиническая характеристика, нозологическая принадлежность. (ПК-5)
48. Бред и бредовые идеи, определение, общая характеристика. (ПК-5)
49. Механизмы формирования бреда. (ПК-5)
50. Понятие первичного и вторичного бреда. (ПК-5)
51. Классификация бредовых идей по содержанию. (ПК-5)
52. Механизмы развития бреда персекуторного, депрессивного и экспансивного типа. (ПК-5)
53. Синдромы с персекуторным бредом. Динамика бреда при шизофрении (синдромокинез). (ПК-5)
54. Паранойяльный синдром, клиническая характеристика, нозологическая принадлежность. (ПК-5)
55. Параноидный синдром, клиническая характеристика, нозологическая принадлежность. (ПК-5)
56. Парафренный синдром, клиническая характеристика, нозологическая принадлежность. (ПК-5)
57. Синдром психического автоматизма, клиническая характеристика, нозологическая принадлежность. (ПК-5)
58. Синдром Капгра (бред двойников), клиническая характеристика, нозологическая принадлежность. (ПК-5)
59. Синдром Котара (нигилистический бред), клиническая характеристика, нозологическая принадлежность. (ПК-5)

60. Ипохондрический синдром, клиническая характеристика, нозологическая принадлежность. (ПК-5)

Патология эмоций, воли и произвольной деятельности, влечений.

61. Развитие эмоций, их особенности у детей; анатомо-физиологический субстрат эмоций. (ПК-5)

62. Нарушение интенсивности эмоций: аффект и его разновидности, эмоциональная гиперестезия, эмоциональная гипостезия, апатия, эмоциональная тупость, их характеристика и нозологическая принадлежность. (ПК-5)

63. Нарушения устойчивости эмоций: эмоциональная лабильность, эксплозивность, тугоподвижность эмоций, их характеристика и нозологическая принадлежность. (ПК-5)

64. Нарушения адекватности эмоций: неадекватность эмоций, амбивалентность эмоций, их характеристика и нозологическая принадлежность. (ПК-5)

65. Разновидности гипертимии и их особенности у детей. (ПК-5)

66. Разновидности гипотимии и их особенности у детей. (ПК-5)

67. Маниакальный синдром, его характеристика, разновидности, особенности у детей, нозологическая принадлежность. (ПК-5)

68. Депрессивный синдром, его характеристика, разновидности, особенности у детей, нозологическая принадлежность. (ПК-5)

69. Инстинкты, потребности, воля и произвольная деятельность. Этапы произвольного акта. (ПК-5)

70. Количественные нарушения произвольной деятельности: гипербулия, гипобулия, абулия, их характеристика и нозологическая принадлежность. (ПК-5)

71. Качественные нарушения произвольной деятельности: парабулии, их характеристика и нозологическая принадлежность. (ПК-5)

72. Кататонический синдром, его характеристика и нозологическая принадлежность. (ПК-5)

73. Гебефренический синдром, его характеристика и нозологическая принадлежность. (ПК-5)

74. Импульсивные влечения, их характеристика и нозологическая принадлежность. (ПК-2)

75. Нарушения пищевого влечения и поведения, разновидности, нозологическая принадлежность. (ПК-2)

76. Нарушения полового влечения, разновидности, нозологическая принадлежность. (ПК-2)

77. Нарушения инстинкта самосохранения, разновидности, нозологическая принадлежность. (ПК-5)

Патология внимания и памяти, интеллекта.

78. Развитие внимания и памяти, их особенность у детей. (ПК-2)

79. Динамические этапы памяти, ее типы и виды. (ПК-2)

80. Нарушения внимания: повышенная истощаемость, сужение объема, повышенная отвлекаемость, чрезмерная концентрация, апрозексия их характеристика и нозологическая принадлежность. (ПК-5)

81. Количественные нарушения памяти: гипермнезия, гипомнезия их характеристика и нозологическая принадлежность. Амнезии ее разновидности, характеристика, нозологическая принадлежность. (ПК-5)

82. Синдромы нарушения памяти, их характеристика, особенности у детей, нозологическая принадлежность: амнестический синдром, закон Рибо, корсаковский синдром, психоорганический синдром, синдром инфантильно-астенических расстройств памяти. (ПК-5)

83. Понятие интеллекта. Возрастные особенности развития интеллекта. (ПК-2)

84. Задержка психического развития, характеристика, дифференциальный диагноз. (ПК-5)

85. Нарушения интеллектуального развития: основные разновидности, мозговые основы, клиническая характеристика. (ПК-5)

86. Клинико-физиологическая классификация нарушений интеллектуального развития Д.Н. Исаева – С.С. Мнухина. (ПК-5)
87. Деменция: разновидности, мозговые основы, клиническая характеристика. (ПК-5)
Патология сознания.
88. Определение сознания, уровни бодрствования. (ПК-2)
89. Возрастные аспекты формирования индивидуального сознания. (ПК-2)
90. Клиническое определение ясности сознания, общие признаки нарушения сознания. (ПК-2)
91. Классификация расстройств сознания. (ПК-5)
92. Разновидности оглушенности и выключенного сознания, клиническая картина и диагностическое значение. (ПК-5)
93. Делириозное помрачение сознания, клиническая картина и диагностическое значение. (ПК-5)
94. Онейроидное, помрачение сознания, клиническая картина и диагностическое значение. (ПК-5)
95. Сумеречное помрачение сознания, клиническая картина и диагностическое значение. (ПК-5)
96. Аментивное помрачение сознания и астеническая спутанность, клиническая картина и диагностическое значение. (ПК-5)
Классификации психических заболеваний.
- Принципы классификаций и поведенческих расстройств и расстройств нейropsychического развития.**
97. Принципы классификаций в психиатрии. (ПК-5)
98. Отечественная классификация психических и поведенческих расстройств и расстройств нейropsychического развития. (ПК-5)
99. Классификация психических и поведенческих расстройств и расстройств нейropsychического развития в Международной классификации болезней. (ПК-5)
Шизофрения.
100. Определение, этиология и патогенез, концепции шизофрении, соотношение экзогенных и средовых факторов в происхождении шизофрении. (ПК-1)
101. Классификации шизофрении. (ПК-5)
102. Облигатные симптомы шизофрении. (ПК-5)
103. Симптомы первого ранга шизофрении. (ПК-5)
104. Клинические формы шизофрении. (ПК-5)
105. Типы течения шизофрении. (ПК-5)
106. Исход шизофрении. (ПК-5)
107. Принципы терапии шизофрении. Реабилитация больных. (ПК-8)
108. Органические шизоформные состояния и ранняя детская шизофрения, дифференциальный диагноз. (ПК-5)
Аффективные расстройства.
109. Определение, история изучения. Современная классификация аффективных расстройств. (ПК-5)
110. Концепции этиопатогенеза аффективных расстройств. (ПК-5)
111. Типы течения аффективных расстройств. (ПК-5)
112. Клинические проявления аффективных расстройств. Маниакальная фаза, депрессивная фаза, фаза интермиссии, смешанное состояние. (ПК-5)
113. Прогноз аффективных расстройств. Терапия. Реабилитация. (ПК-6)
114. Понятие циклотимии, дистимии. (ПК-5)
Функциональные психозы позднего возраста.
115. Инволюционные психозы: инволюционная депрессия, инволюционный параноид: клиническая картина, течение, терапия. (ПК-5)

116. Психозы сенильного возраста: аффективные, бредовые: клиническая картина, течение, терапия. (ПК-6)

Эпилепсия.

117. Определение, этиология, патогенез эпилепсии. (ПК-5)

118. Этиопатогенетическая, клиническая классификации эпилепсии. (ПК-5)

119. Разновидности пароксизмов (судорожные, бессудорожные, психические эквиваленты (сумеречные расстройства сознания, дисфории и др.)). (ПК-5)

120. Эпилептический статус. (ПК-5)

121. Изменения личности при эпилепсии, их динамика. (ПК-5)

122. Эпилептическое слабоумие. (ПК-5)

123. Эпилептические психозы, их разновидности, терапия. (ПК-5)

124. Принципы терапии эпилепсии. Реабилитация. (ПК-8)

Экзогенно-органические заболевания головного мозга.

125. Этиология экзогенно-органических заболеваний. Стадии течения. Психические нарушения в различных стадиях. Варианты исхода. (ПК-5)

126. Принципы терапии экзогенно-органических расстройств. Реабилитация. (ПК-8)

127. Психические расстройства при сифилитических поражениях головного мозга: патогенез, клинические разновидности, течение, прогноз. Принципы диагностики, терапии, реабилитации. (ПК-8)

Эндогенно-органические заболевания головного мозга.

128. Сосудистое заболевание головного мозга: этиопатогенез, клиническая картина, течение, исход. (ПК-5)

129. Сосудистое заболевание головного мозга: принципы терапии, прогноз. Реабилитация больных. (ПК-8)

130. Психические нарушения при опухолях: клиническая картина, течение, диагностика, терапия. (ПК-6)

131. Сенильная деменция: этиопатогенез, клиническая картина, течение, исход, прогноз, терапия. (ПК-6)

132. Болезнь Альцгеймера: этиопатогенез, клиническая картина, течение, исход, прогноз, терапия. (ПК-5)

133. Болезнь Пика: этиопатогенез, клиническая картина, течение, исход, прогноз, терапия. (ПК-6)

134. Болезни Паркинсона, Крейтцфельда-Якоба, Гентингтона: клиническая картина, течение, диагностика, терапия. (ПК-6)

Нарушения интеллектуального развития.

135. Нарушения интеллектуального развития: этиопатогенез, этиологическая, клинко-физиологическая классификации. (ПК-5)

136. Степени недоразвития интеллекта, их клинические проявления. (ПК-5)

137. Задачи и принципы реабилитации больных с нарушениями интеллектуального развития. (ПК-8)

Нарушения речевого развития.

138. Нарушения развития звукопроизношения, клиническая картина, принципы коррекции. (ПК-5)

139. Нарушения развития темпа речи, клиническая картина, принципы коррекции. (ПК-5)

140. Нарушения развития речевых функций, клиническая картина, принципы коррекции. (ПК-5)

Экзогенные расстройства.

141. Концепция экзогенного типа реагирования К. Бонгёффера. (ПК-1)

142. Астенический синдром. Другие непсихотические расстройства. (ПК-5)

143. Экзогенные психозы: разновидности, клиническая картина, течение, терапия, профилактика. (ПК-5)

Невротические расстройства.

144. Понятие психической травмы, невротического конфликта. (ПК-1)
145. Теории развития невроза. Роль внешних и внутренних факторов в развитии невроза. (ПК-1)
146. Невротические реакции: характеристика, принципы терапии и профилактики. (ПК-5)
147. Неврозы: клинические разновидности. Общие, системные неврозы. Принципы терапии и профилактики. Реабилитация. (ПК-8)
148. Невротическое развитие личности: причины, клинические проявления, принципы терапии и профилактики. Реабилитация больных. (ПК-8)
149. Принципы фармакотерапии невротических расстройств. (ПК-6)
150. Принципы и методы психотерапии невротических расстройств. (ПК-8)
- Реактивные (психогенные) психозы.**
151. Реактивные (психогенные) психозы: этиопатогенез. Общие клинические признаки К. Ясперса. (ПК-5)
152. Острые (шоковые) психозы: разновидности, клиническая картина, течение, принципы терапии. (ПК-5)
153. Подострые психозы: разновидности, клиническая картина, течение, принципы терапии. (ПК-5)
154. Затяжные психозы: разновидности, клиническая картина, течение, принципы терапии. Профилактика. (ПК-5)
- Расстройства личности.**
155. Личность, ее структура. Акцентуированные личности. (ПК-2)
156. Расстройство личности: диагностические критерии П.Б. Ганнушкина – О.В. Кербилова. (ПК-5)
157. Клинические типы расстройства личности (ПК-5)
158. Расстройство личности: понятия компенсации, декомпенсации. (ПК-5)
159. Принципы терапии расстройства личности. Реабилитация. (ПК-8)
160. Патологическое развитие личности: этиопатогенез, клинические проявления, терапия, профилактика. (ПК-5)
161. Органическое расстройство личности: этиопатогенез, клинические проявления, терапия, профилактика. (ПК-5)
162. Психопатоподобные нарушения в структуре психических заболеваний: этиопатогенез, клинические проявления, терапия, профилактика. (ПК-5)
- лиц с психическими и поведенческими расстройствами и расстройствами нейропсихического развития.**
163. Поддерживающая терапия и методы купирования обострений психических расстройств. (ПК-6)
164. Биологическая терапия психических расстройств: современные формы и методы. (ПК-6)
165. Механизмы действия психофармакологических средств. (ПК-6)
166. Классификация психофармакологических средств. (ПК-6)
167. Понятие о спектре психотропной активности лекарственных препаратов. (ПК-6)
168. Понятие об общем и избирательном действии психофармакологических средств. (ПК-6)
169. Психофармакологические средства пролонгированного действия: механизм действия, характеристика отдельных препаратов, показания и противопоказания, побочные эффекты и осложнения. (ПК-6)
170. Понятие о терапевтической резистентности. (ПК-6)
171. Методы преодоления терапевтической резистентности. (ПК-6)
172. Нейролептики: определение, понятие о больших и малых нейролептиках, классификация. (ПК-6)
173. Нейролептики преимущественно с седативным действием. (ПК-6)
174. Нейролептики преимущественно с антипсихотическим действием. (ПК-6)
175. Нейролептики преимущественно с активирующим действием. (ПК-6)

176. Понятие атипичных нейролептиков. Особенности клинического эффекта и побочных действий. (ПК-6)
177. Аминазин: механизм действия, показания, противопоказания, дозировка, побочные эффекты. (ПК-6)
178. Тизерцин: механизм действия, показания, противопоказания, дозировка, побочные эффекты. (ПК-6)
179. Тиоридазин: механизм действия, показания, противопоказания, дозировка, побочные эффекты. (ПК-6)
180. Хлорпротиксен: механизм действия, показания, противопоказания, дозировка, побочные эффекты. (ПК-6)
181. Зуклопентиксол: механизм действия, показания, противопоказания, дозировка, побочные эффекты. (ПК-6)
182. Перициазин: механизм действия, показания, противопоказания, дозировка, побочные эффекты. (ПК-6)
183. Алимемазин: механизм действия, показания, противопоказания, дозировка, побочные эффекты. (ПК-6)
184. Тиаприд: механизм действия, показания, противопоказания, дозировка, побочные эффекты. (ПК-6)
185. Перфеназин: механизм действия, показания, противопоказания, дозировка, побочные эффекты. (ПК-6)
186. Трифлуперазин: механизм действия, показания, противопоказания, дозировка, побочные эффекты. (ПК-6)
187. Галоперидол: механизм действия, показания, противопоказания, дозировка, побочные эффекты. (ПК-6)
188. Флуфеназин: механизм действия, показания, противопоказания, дозировка, побочные эффекты. (ПК-6)
189. Флупентиксол: механизм действия, показания, противопоказания, дозировка, побочные эффекты. (ПК-6)
190. Сульпирид: механизм действия, показания, противопоказания, дозировка, побочные эффекты. (ПК-6)
191. Клозапин: механизм действия, показания, противопоказания, дозировка, побочные эффекты. (ПК-6)
192. Рисперидон: механизм действия, показания, противопоказания, дозировка, побочные эффекты. (ПК-6)
193. Кветиапин: механизм действия, показания, противопоказания, дозировка, побочные эффекты. (ПК-6)
194. Оланзапин: механизм действия, показания, противопоказания, дозировка, побочные эффекты. (ПК-6)
195. Арипипразол: механизм действия, показания, противопоказания, дозировка, побочные эффекты. (ПК-6)
196. Антидепрессанты: определение, классификация. (ПК-6)
197. Характеристика антидепрессантов трициклической группы. (ПК-6)
198. Амитриптилин: механизм действия, показания, противопоказания, дозировка, побочные эффекты. (ПК-6)
199. Мелипрамин: механизм действия, показания, противопоказания, дозировка, побочные эффекты. (ПК-6)
200. Кломипрамин: механизм действия, показания, противопоказания, дозировка, побочные эффекты. (ПК-6)
201. Азафен: механизм действия, показания, противопоказания, дозировка, побочные эффекты. (ПК-6)
202. Характеристика антидепрессантов четырехциклической группы. (ПК-6)

203. Мапротилин: механизм действия, показания, противопоказания, дозировка, побочные эффекты. (ПК-6)
204. Миансерин: механизм действия, показания, противопоказания, дозировка, побочные эффекты. (ПК-6)
205. Характеристика антидепрессантов группы ингибиторов обратного захвата серотонина. (ПК-6)
206. Пароксетин: механизм действия, показания, противопоказания, дозировка, побочные эффекты. (ПК-6)
207. Сертралин: механизм действия, показания, противопоказания, дозировка, побочные эффекты. (ПК-6)
208. Флувоксамин: механизм действия, показания, противопоказания, дозировка, побочные эффекты. (ПК-6)
209. Флуоксетин: механизм действия, показания, противопоказания, дозировка, побочные эффекты. (ПК-6)
210. Циталопрам: механизм действия, показания, противопоказания, дозировка, побочные эффекты. (ПК-6)
211. Характеристика антидепрессантов группы ингибиторов моноаминооксидазы. (ПК-6)
212. Моклобемид: механизм действия, показания, противопоказания, дозировка, побочные эффекты. (ПК-6)
213. Пирлиндол: механизм действия, показания, противопоказания, дозировка, побочные эффекты. (ПК-6)
214. Характеристика антидепрессантов сочетанного рецепторного действия. (ПК-6)
215. Миртазапин: механизм действия, показания, противопоказания, дозировка, побочные эффекты. (ПК-6)
216. Венлафаксин: механизм действия, показания, противопоказания, дозировка, побочные эффекты. (ПК-6)
217. Дулоксетин: механизм действия, показания, противопоказания, дозировка, побочные эффекты. (ПК-6)
218. Транквилизаторы: определение, классификация. (ПК-6)
219. Бензодиазепиновые транквилизаторы: механизм действия, показания, противопоказания, дозировка, побочные эффекты. (ПК-6)
220. Диазепам: механизм действия, показания, противопоказания, дозировка, побочные эффекты. (ПК-6)
221. Феназепам: механизм действия, показания, противопоказания, дозировка, побочные эффекты. (ПК-6)
222. Грандаксин: механизм действия, показания, противопоказания, дозировка, побочные эффекты. (ПК-6)
223. Клоназепам: механизм действия, показания, противопоказания, дозировка, побочные эффекты. (ПК-6)
224. Небензодиазепиновые транквилизаторы: механизм действия, показания, противопоказания, дозировка, побочные эффекты. (ПК-6)
225. Буспирон: механизм действия, показания, противопоказания, дозировка, побочные эффекты. (ПК-6)
226. Афобазол: механизм действия, показания, противопоказания, дозировка, побочные эффекты. (ПК-6)
227. Нормотимические препараты: характеристика, клинические эффекты. (ПК-6)
228. Соли лития: показания к применению, побочные действия и осложнения. (ПК-6)
229. Карбамазепин: показания к применению, побочные действия и осложнения. (ПК-6)
230. Вальпроаты: показания к применению, побочные действия и осложнения. (ПК-6)
231. Ламотриджин: показания к применению, побочные действия и осложнения. (ПК-6)
232. Ноотропные средства: определение, классификация, характеристика отдельных препаратов, показания, противопоказания, побочные действия и осложнения. (ПК-6)

233. Ноотропил: механизм действия, показания, противопоказания, дозировка, побочные эффекты. (ПК-6)
234. Пикамилон: механизм действия, показания, противопоказания, дозировка, побочные эффекты. (ПК-6)
235. Энцефабол: механизм действия, показания, противопоказания, дозировка, побочные эффекты. (ПК-6)
236. Фенибут: механизм действия, показания, противопоказания, дозировка, побочные эффекты. (ПК-6)
237. Пантогам: механизм действия, показания, противопоказания, дозировка, побочные эффекты. (ПК-6)
238. Пантокальцин: механизм действия, показания, противопоказания, дозировка, побочные эффекты. (ПК-6)
239. Нооклерин: механизм действия, показания, противопоказания, дозировка, побочные эффекты. (ПК-6)
240. Психостимуляторы: определение, классификация, характеристика отдельных препаратов, показания к применению, побочные действия и осложнения. (ПК-6)
241. Корректоры нейролептической терапии: определение, классификация, характеристика отдельных препаратов, показания к применению, побочные действия и осложнения. (ПК-6)
242. Разновидности немедикаментозной биологической терапии. Показания и противопоказания. (ПК-8)
243. Шоковые методы лечения, история, показания, противопоказания. (ПК-8)
244. Электросудорожная терапия. Показания и противопоказания к проведению. Техника проведения. Побочные эффекты и осложнения электросудорожной терапии. (ПК-8)
245. Физиотерапевтические методики: разновидности, принцип их лечебного действия, показания и противопоказания к применению при психических расстройствах, побочные эффекты и осложнения. (ПК-8)
246. Саногенные природные факторы: разновидности, принцип лечебного действия, показания и противопоказания к применению при психических расстройствах. (ПК-9)
247. Реабилитация, история, теоретические основы. Понятие реабилитации по ВОЗ. (ПК-8)
248. Принципы и этапы реабилитации. (ПК-8)
249. Медицинская реабилитация. (ПК-8)
250. Профессиональная реабилитация. (ПК-8)
251. Социальная реабилитация. (ПК-8)
252. Психотерапия, история, теоретические основы, основные направления. (ПК-8)
253. Основные показания к психотерапевтическому лечению. (ПК-8)
254. Психодинамическая психотерапия. Показания и противопоказания к применению. (ПК-8)
255. Когнитивно-поведенческая психотерапия. Показания и противопоказания к применению. (ПК-8)
256. Экзистенциальная психотерапия. Показания и противопоказания к применению. (ПК-8)
257. Гуманистическая психотерапия. Показания и противопоказания к применению. (ПК-8)
258. Гештальт-терапия. Показания и противопоказания к применению. (ПК-8)
259. Арттерапия. Показания и противопоказания к применению. (ПК-8)
260. Психодраматическая психотерапия. Показания и противопоказания к применению. (ПК-8)
261. Суггестивная психотерапия. Показания и противопоказания к применению. (ПК-8)
262. Телесно-ориентированная психотерапия. Показания и противопоказания к применению. (ПК-8)

Наркология и аддиктология.

263. Концепции этиопатогенеза алкогольной зависимости. (ПК-5)

264. Роль преморбидной неалкогольной психической патологии и личностных особенностей в происхождении и развитии зависимости от алкоголя. Роль социально-средовых факторов. (ПК-2)
265. Острая интоксикация (алкогольное опьянение). Осложнения. (ПК-2)
266. Синдром зависимости, стадии формирования, клинические проявления (ПК-5)
267. Стадии зависимости от алкоголя: начальная, средняя, конечная. (ПК-5)
268. Алкогольный абстинентный синдром: этиопатогенез, клиническая картина, принципы терапии. (ПК-5)
269. Алкогольная деградация личности. (ПК-5)
270. Алкогольный делирий. (ПК-5)
271. Алкогольные галлюцинозы: острые, подострые, хронические. (ПК-5)
272. Алкогольный бред ревности. (ПК-5)
273. Алкогольные параноиды. (ПК-5)
274. Корсаковский психоз (амнестический синдром). Диагностические критерии. (ПК-5)
275. Алкогольная энцефалопатия Гайе-Вернике. (ПК-5)
276. Лечение алкогольной зависимости. Основные принципы. Этапы лечебного процесса. (ПК-6)
277. Медикаментозные и немедикаментозные методы лечения алкогольной зависимости. (ПК-9)
278. Реабилитация больных с алкогольной зависимостью. (ПК-8)
279. Концепции этиопатогенеза зависимости от психоактивных веществ. (ПК-5)
280. Роль преморбидной психической патологии и личностных особенностей в происхождении и развитии зависимости от психоактивных веществ. Роль социально-средовых факторов. (ПК-2)
281. Острая интоксикация (наркотическое опьянение). (ПК-2)
282. Синдром зависимости. (ПК-5)
283. Патологическое влечение к психоактивным веществам. (ПК-5)
284. Стадии зависимости от психоактивных веществ: начальная, средняя, конечная. (ПК-5)
285. Синдром отмены (абстинентный синдром): этиопатогенез, клиническая картина, принципы терапии. (ПК-5)
286. Изменения личности в структуре зависимости от психоактивных веществ. (ПК-1)
287. Психотические расстройства в структуре зависимости от психоактивных веществ. Амнестический синдром. Корсаковский синдром. (ПК-5)
288. Табакокурение: клиническая картина, психическая и физическая зависимость, абстинентный синдром, соматические нарушения. (ПК-1)
289. Лечение никотинизма. Профилактика рецидивов. (ПК-1)
290. Нехимические зависимости: разновидности, клинические проявления, подходы к лечению. (ПК-1)
291. Влияние наркотика на плод: общетоксическое, тератогенное действие, специфическое действие, определяющееся химической структурой наркотика. (ПК-1)
292. Нарушения внутриутробного развития плода при воздействии низких доз опиатов. (ПК-1)
293. Нарушения внутриутробного развития плода при воздействии высоких доз опиатов. (ПК-2)
294. Нарушения внутриутробного развития плода при употреблении матерью марихуаны. (ПК-1)
295. Нарушения внутриутробного развития плода под влиянием кокаина. (ПК-1)
296. Нарушения внутриутробного развития плода при употреблении матерью летучих органических веществ. (ПК-1)
297. Специфическое влияние наркотика на плод и новорожденного. Неонатальный абстинентный синдром. Клинико-психопатологические особенности и принципы купирования. (ПК-1)

298. Опиатный героиновый неонатальный абстинентный синдром. Клиническая картина Лечение. (ПК-1)
299. Метадоновый неонатальный абстинентный синдром. Клиническая картина Лечение. (ПК-6)
300. Барбитуровый неонатальный абстинентный синдром. Клиническая картина. Лечение. (ПК-6)
301. Неонатальный абстинентный синдром при внутриутробном воздействии бензодиазепинов. Клиническая картина. Лечение. (ПК-6)
302. Влияние на новорожденного употребления матерью опиатов в малых дозах. Клиническая картина Лечение. (ПК-1)
303. Влияние на новорожденного употребления матерью опиатов в больших дозах. Клиническая картина Лечение. (ПК-1)
304. Нарушения раннего психического развития детей, рожденных от наркозависимых матерей, употреблявших героин. (ПК-1)
305. Отдаленные последствия героиновой анте- и перинатальной наркозависимости: задержки психического развития, психические нарушения в рамках резидуально-органических нарушений, инфантильный психоорганический синдром. (ПК-1)
306. Нарушения раннего психического развития детей на первом году жизни при метадоновой наркомании беременных. (ПК-1)

Организация психиатрической помощи в России.

307. Принципы оказания амбулаторной помощи. (ПК-2)
308. Виды амбулаторной психиатрической помощи (консультативная, динамическое наблюдение). (ПК-2)
309. Психоневрологический диспансер, психиатрические кабинеты. Лечебная и профилактическая работа (ПК-9)
310. Принципы оказания стационарной помощи. (ПК-2)
311. Психиатрическая больница, показания к неотложной и плановой госпитализации. (ПК-2)
312. Добровольная и недобровольная госпитализация, принудительное лечение, клинические и правовые аспекты. (ПК-2)
313. Разновидности психиатрических отделений. Структура психиатрического отделения. (ПК-2)
314. Разновидности режима наблюдения за больными и лечебного режима в психиатрическом отделении. (ПК-2)
315. Психоневрологический интернат, структура, принципы работы, показания и противопоказания к направлению. (ПК-2)
316. Принципы оказания полустационарной помощи. Дневной стационар, принципы работы, показания и противопоказания к направлению. (ПК-2)
317. Профилактическая работа с психически больными в амбулаторных условиях, формирование мотивации к здоровому образу жизни (ПК-9).

5.3. АЛГОРИТМЫ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

1. Работа с пациентом, находящимся в состоянии психомоторного возбуждения. (УК-1)
2. Предохранительная иммобилизация больного с психомоторным возбуждением. (ПК-6)
3. Купирование различных видов возбуждения. (ПК-6)
4. Помощь пациенту во время истерического припадка. (ПК-6)
5. Работа с пациентом с социально-опасными действиями. (ПК-6)
6. Транспортировка пациента в остром психотическом состоянии. (ПК-6)
7. Работа с пациентом, имеющим суицидальные тенденции. (ПК-6)
8. Проведение экспериментально-психологического обследования. (ПК-2)
9. Работа с пациентом, отказывающимся от приема пищи. (ПК-6)

10. Проведение комплекса мероприятий по кормлению через зонд. (ПК-6)
11. Помощь больному во время судорожного припадка. (ПК-6)
12. Профилактика аспирации во время судорожного припадка. (ПК-6)
13. Помощь больному с эпилептическим статусом. (ПК-6)
14. Общий осмотр пациента в отделении психиатрического стационара. (ПК-2)
15. Алгоритм помощи пациенту с фебрильным приступом. (ПК-6)
16. Купирование острых нейролептических осложнений. (ПК-6)
17. Терапия злокачественного нейролептического синдрома. (ПК-6)
18. Терапия отравления психотропными средствами. (ПК-6)
19. Терапия серотонинового синдрома. (ПК-6)
20. Проведение внутримышечных инъекций. (ПК-6)
21. Проведение внутривенных инъекций. (ПК-6)
22. Проведение электросудорожной терапии. (ПК-6)
23. Терапия осложнений после электросудорожной терапии. (ПК-6)
24. Общий осмотр пациента в приемном отделении психиатрического стационара. (ПК-5)
25. Работа с пациентом в состоянии психомоторного возбуждения в приемном отделении психиатрического стационара. (УК-1)
26. Взятие информированного согласия у пациента на госпитализацию и лечение. (УК-1)
27. Организационные и лечебные действия в психиатрическом стационаре в случае недобровольной госпитализации. (ПК-6)
28. Оформление истории болезни в приемном отделении психиатрического стационара. (ПК-6)
29. Работа с пациентом, находящимся в мягком ограничении, в отделении психиатрического стационара. (ПК-6)
30. Первичная беседа с пациентом в приемном отделении психиатрического стационара. (УК-1)
31. Прием пациента в отделении психиатрического стационара. (ПК-6)
32. Проведение клиничко-психопатологического исследования (клинической беседы) в психиатрическом стационаре. (ПК-5)
33. Первичный соматический осмотр пациента в приемном отделении психиатрического стационара. (ПК-5)
34. Первичный неврологический осмотр пациента в приемном отделении психиатрического стационара. (ПК-5)
35. Выполнение комплекса мероприятий в психиатрическом стационаре по направлению пациента на медико-социальную экспертизу (МСЭ). (ПК-8)
36. Выполнение комплекса мероприятий по направлению пациента в психоневрологический интернат. (ПК-8)
37. Первичный соматический осмотр пациента в психоневрологическом диспансере. (ПК-5)
38. Первичный неврологический осмотр больного в психоневрологическом диспансере. (ПК-5)
39. Очередной осмотр пациента, находящегося на диспансерном наблюдении, в психоневрологическом диспансере. (ПК-2)
40. Оформление недобровольной госпитализации в психиатрическом стационаре. (ПК-6)
41. Организационные и лечебные действия в психиатрическом стационаре в случае принудительного лечения. (ПК-6)
42. Сбор анамнеза и проведение беседы с родственниками пациента. (ПК-5)
43. Оценка степени алкогольного опьянения. (ПК-5)
44. Организационные и лечебные действия в психоневрологическом диспансере в случае отказа пациента от беседы. (ПК-6)
45. Работа с пациентом в состоянии психомоторного возбуждения в психоневрологическом диспансере. (ПК-6)

46. Выполнение комплекса мероприятий по неотложной госпитализации пациента из психоневрологического диспансера в психиатрический стационар. (ПК-6)
47. Выполнение комплекса мероприятий по неотложной госпитализации пациента из дневного стационара в психиатрический стационар. (ПК-6)
48. Выполнение комплекса мероприятий по неотложной госпитализации пациента из дневного стационара в соматический стационар. (ПК-6)
49. Оформление листка нетрудоспособности. (ПК-2)
50. Установление факта употребления опьяняющих веществ. (ПК-5)
51. Проведение клинко-психопатологического исследования (клинической беседы) с больным в психоневрологическом диспансере. (ПК-2)
52. Выполнение комплекса мероприятий в психоневрологическом диспансере по оформлению пациенту льготного лекарственного обеспечения. (ПК-6)
53. Выполнение комплекса мероприятий в психоневрологическом диспансере по направлению пациента на МСЭ. (ПК-8)
54. Участие во врачебной комиссии для решения вопроса о назначении пациенту динамического наблюдения в психоневрологическом диспансере. (ПК-2)
55. Направление пациента из психоневрологического диспансера в дневной стационар. (ПК-6)
56. Проведение клинко-психопатологического исследования (клинической беседы) пациента в дневном стационаре. (ПК-5)
57. Общий осмотр пациента в дневном стационаре. (ПК-2)
58. Первичный соматический осмотр пациента в дневном стационаре. (ПК-5)
59. Первичный неврологический осмотр пациента в дневном стационаре. (ПК-5)
60. Участие в комиссионном осмотре пациента в дневном стационаре. (ПК-2)
61. Выполнение комплекса мероприятий в дневном стационаре по направлению пациента на МСЭ. (ПК-8)
62. Разработка наглядного материала, дающего пациентам и его родственникам рекомендации по жизни и поведению по отношению к проявлениям психического расстройства. (ПК-1)
63. Разработка наглядного материала, дающего пациентам и его родственникам рекомендации по предупреждению инвалидизации в связи с психическим расстройством. (ПК-1)
64. Проведение с пациентом беседы, разъясняющей основные принципы здорового образа жизни. (ПК-9)
65. Проведение с пациентов беседы, стимулирующей соблюдение психогигиены и психопрофилактики. (ПК-9)
66. Проведение с родственниками пациента беседы, разъясняющей принципы здорового образа жизни. (ПК-9)
67. Проведение с родственниками пациента беседы, стимулирующей направленность образа жизни семьи на поддержание и укрепление здоровья. (ПК-9)
68. Формулировка родственникам пациента рекомендаций относительно поддержания и укрепления их собственного здоровья. (ПК-9)
69. Формулировка родственникам пациента рекомендаций относительно поддержания и укрепления здоровья пациента. (ПК-9)
70. Разработка наглядного материала для посещающих психоневрологический диспансер / амбулаторный кабинет, для пропаганды здорового образа жизни, учитывая актуальную социальную и эпидемиологическую ситуацию. (ПК-1)

5.4. ЗАДАЧИ

Задача № 1. УК-1, ПК-1, ПК-5

Пациентка, 13 лет. Беременность протекала нормально. Раннее психомоторное развитие без особенностей. По характеру общительная. Очень впечатлительная, чувствительная. Аффективно-неустойчивая,

раздражительная. Лечилась в соматической больнице по поводу лямблиозного холецистита. Внезапно после выписки стала очень раздражительной, напряженной, крайне беспокойной, отказывалась от пищи. При поступлении в психиатрическую больницу была способна только приблизительно ориентироваться, не понимала характера больницы. Приблизительная ориентировка во времени была сохранена. Наблюдалось речевое возбуждение, речь временами становилась бессвязной. Имелись отрывочные идеи отношения и ипохондрические высказывания. Во время разговора больная была способна собраться, могла рассказать о себе, однако, очень быстро утомлялась. Психотическое состояние продолжалось две недели. В последующие дни выявилась астеническая симптоматика. Выписана полностью выздоровевшей. Неврологических симптомов органического поражения ЦНС не обнаружено. Больная сниженного питания, со стороны внутренних органов без патологии.

Вопросы по задаче:

Описать психопатологические симптомы, определить синдром, установить нозологический диагноз.

Ответ:

Раздражительность, дезориентировка в месте и ситуации, бессвязность речи, психомоторное возбуждение, отрывочные идеи отношения и ипохондрические идеи, колебания ясности сознания соответственно степени выраженности астении.

Синдром астенической спутанности.

Другие психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью (F06.8).

Задача № 2. УК-1, ПК-1, ПК-5

Пациентка, 10 лет. Незадолго до текущих психических нарушений лечилась в стационаре, после выписки из которого появился страх смерти, к которому некоторое время была недостаточно критична. Часто спрашивала мать «я не умру от болезни?», «отчего умирают дети?». Вскоре у больной появились страхи заражения и страх инородного тела, которое может «попасть в горло». Страхи сопровождалась множественными ритуалами защиты от попадания инфекции или инородного тела в горло: откашливалась, отдувалась, отплеывалась и т. п. Соглашалась с родителями и лечащим врачом, что при тщательном приготовлении пищи она свободна от микробов и инородных тел, но жаловалась, что страхи возникают «помимо воли, как только что-либо попадает в рот». Стала тревожнее. Вместе с тем продолжала успешно учиться в массовой школе, дружила с учениками, тщательно скрывая в школе свои «привычки».

Вопросы по задаче:

Описать психопатологические симптомы, определить синдром, установить нозологический диагноз.

Ответ:

Навязчивые страхи (фобии): заражения, инородного тела, навязчивые ритуалы защиты, тревога, сохранность критики. Нарушения возникли на фоне психической травмы.

Синдром навязчивых явлений.

Обсессивно-компульсивное расстройство (F42.2).

Задача №3. УК-1, ПК-1, ПК-5

Пациент, 14 лет. От второй, нормально протекавшей беременности. Роды физиологические. Ранее развитие правильное. Перенес ряд инфекционных заболеваний, все в нетяжелой форме. Отмечалась склонность к простудным заболеваниям. С 7 лет в школе, классов не дублировал. По характеру – упрямый, прямолинейный, малообщительный, избегал общественных поручений. Хорошо относился к матери, помогал ей по хозяйству, был привязан к семье. О своем здоровье никогда не заботился.

На следующий день после начала простудного заболевания, придя домой из школы, заявил матери, что он заболел, требовал вызвать скорую помощь. Ночью был беспокойным, не спал, кричал, что ему плохо, жаловался на боли в боку, в ногах, «что-то случилось с ногами», все время гнул их в коленях. В соматической больнице, куда был помещен мальчик, писал матери «прощальные» письма, ждал смерти, из-за чего и был помещен в психиатрический стационар. Там вначале отмечался сниженный фон настроения, угнетенность, напряженность, тревожность, и на этом фоне предъявлялись многочисленные жалобы: «В животе бурлит, урчит, как жжет все в животе, скребет, как кишки выдергивает, зажат, кишку и начинает крутить, сердце побаливает, особенно когда вдыхаю и выдыхаю, бок болит, голова тяжелая; дышать трудно, в груди как-то неприятно, плохо; что-то с руками стало, тяжелые; ноги как не свои, как будто суставы ломит, слабость, тяжесть какая-то». Считал себя безнадежно больным. Относительно причины своего заболевания предполагал: «Может, в кишках пища не проходит». Через неделю с уменьшением эмоциональной напряженности, активность высказываний ипохондрического характера стала меньшей, а еще через неделю нормализовалось настроение, стал активно играть с ребятами, заниматься в классе.

Через 4 месяца после выписки, вновь после легкого простудного заболевания и сделанной за несколько дней до этого профилактической прививки, повторение вышеописанного состояния. Вновь стал тревожно-депрессивным, не отпускал от себя мать, кричал, что умирает, прощался с ней. В больнице вновь предъявлял многочисленные жалобы на телесные ощущения, был фиксирован на состоянии. Считал, что «наверное, все у меня от глистов, у матери ведь обнаружены». Вновь, как и в предыдущий раз, через неделю уменьшилась напряженность, смятение, ипохондрические жалобы, затем нормализовалось настроение, стал играть с

ребятами, заниматься в классе. О своем состоянии говорил неохотно, но с полной критикой («страшно было одному оставаться, казалось, что умру»).

В светлом промежутке даже действительно возникавшие у больного заболевания, в том числе и одно, сопровождавшееся стационарированием в хирургическое отделение, не вызвало ипохондрических переживаний.

Вопросы по задаче:

Описать психопатологические симптомы, определить синдром, установить нозологический диагноз.

Ответ:

Тревога, сенестопатии, ипохондрический бред, снижение настроения.

Сенесто-ипохондрический синдром.

Другие психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью (F06.8).

Задача № 4. УК-1, ПК-1, ПК-5

Пациент, 16 лет. В анамнезе повышенная масса тела до 12 лет, очаговый нефрит в 11 лет, в 13-14 лет трижды перелом руки, до 14 лет частые обострения хронического тонзиллита, в 14 лет тонзиллэктомия. По характеру был тревожно-мнительным, всегда настороженно относился к разговорам взрослых о болезнях. Данные предыдущих обследований указывают на дисфункцию диэнцефальной области головного мозга.

В 12 лет, после ушиба бедра, стал опасаться, нет ли у него саркомы (слышал разговор о нераспознанной врачами саркоме), в связи с жалобами на боль в ноге обследовался. Стал более замкнутым, молчаливым, тихим.

С 14 лет, после удаления миндалин, отмечались кратковременные острые состояния, когда «все нереально, как во сне», «не все воспринимаю», «все раздражает, ничего не хочется делать, ничто не интересует, хочется удалиться», «ноги плохо идут».

С 15 лет, после гриппа, описанные кризы длились по 15-30 минут и сопровождались вегетативными явлениями. Учащался пульс, повышалось артериальное давление, повышалась температура до 37,8, лицо резко бледнело, затем краснело, имела место обильная потливость. Приступы окрашивались тревогой, страхом смерти. Считал, что во всем виновата болезнь ноги, из-за которой отмечались и все другие боли. Обследовался в ревмокардиологическом диспансере. К концу 1,5-месячного пребывания там, не вставал с постели, плохо ел, не спал, считал себя тяжело больным. Был переведен в психиатрическую больницу с диагнозом «вегетоневроз».

В больнице отмечалось сниженное настроение. Предъявлял многочисленные жалобы: «Жар, жжение в груди, головная боль», «колет, ломит, сердце сильно колотится, дышать трудно, неприятно в ноге, боль в спине, позвоночнике, животе». Выказывал уверенность в наличии у него ряда соматических заболеваний (рак, саркома, туберкулез). Был фиксирован на заботе о своем здоровье, боялся, что на него перейдут психические и соматические болезни окружающих, искал помощи у врача. Преимущественно по утрам возникали состояния, когда «мир не такой, будто во сне», «свой голос кажется чужим», «все вне меня», продолжительностью от 0,5 часа до 1 часа, сопровождавшиеся тревогой, беспокойством, учащением пульса, потливостью, повышением артериального давления, побледневшем лице, сменявшееся гиперемией. Иногда жаловался на «жар во всем теле», иногда, чаще к вечеру, ощущение, что «могу упасть в обморок».

Постепенно уверенность в болезни сменилась страхом заболеть. Вначале безучастный к психотерапевтической беседе, стал легко поддаваться разубеждению, старался бороться с мыслями, направлениями на болезнь, при которых иногда возникали незначительные ощущения (легкое недомогание, ломит, колет и т. п.). Урегулировался сон, аппетит, стал читать художественную литературу, играть с ребятами. Стал бодрее, веселее, активнее.

После выписки из больницы некоторое время имела ипохондрическая настроенность, боялся находиться дома один, гулять (как бы чего не случилось), в школе часто навещал школьного врача. Постепенно кризы стали реже и меньше, а затем вовсе исчезли. Катамнез через 2 года. Иногда испытывает неприятные ощущения в различных частях тела, к которым имеется критика. Интересуется жизнью класса, своей дальнейшей судьбой. Симптомов шизофренического изменения личности нет.

Вопросы по задаче:

Описать психопатологические симптомы, определить синдром, установить нозологический диагноз.

Ответ:

Тревога, приступы с деперсонализацией (аутопсихической) и дереализацией, сенестопатии, ипохондрические идеи – бредовые на высоте состояния, затем отрывочные навязчивые, снижение настроения.

Сенесто-ипохондрический синдром.

Другие психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью (F06.8).

Задача №5. УК-1, ПК-1, ПК-5

Пациентка, 15 лет. Сестра по отцу страдает колебаниями настроения. Родилась от нормальной беременности, своевременных родов. Развивалась без особенностей. Месячные с 13 лет, регулярные, безболезненные. По характеру спокойная, уравновешенная, любознательная. Из перенесенных заболеваний – дизентерия до года, частые ангины, простудные заболевания.

Без видимой причины стала плаксивой, изменилось настроение, говорила, что «нет чувств, нет мыслей, нет чувства голода, насыщения». Высказывала суицидные мысли считала себя плохой, «тунеядкой».

Двигательная активность была резко снижена, ничем не интересовалась, «все безразлично». Была тосклива, временами тревожна, растеряна, говорила, что она «не такая, каменная, бесчувственная эгоистка, бездушная, в ней нет ничего естественного». Такое состояние продолжалось около 4-х месяцев. Через полгода оно снова повторилось и продолжалось 8 месяцев.

Соматоневрологически – без особенностей.

В дальнейшем дважды наблюдались состояния, во время которых была весела, подвижна, многоречива, не имела критики к своему состоянию.

Вопросы по задаче:

Описать психопатологические симптомы, определить синдром, установить нозологический диагноз.

Ответ:

Снижение настроения, снижение двигательной активности, аутопсихическая деперсонализация (по типу «болезненной психической анестезии»), депрессивные идеи самоуничтожения, суицидные мысли. В дальнейшем повышения настроения и речедвигательной активности.

Депрессивно-деперсонализационный синдром.

Биполярное аффективное расстройство, текущий депрессивный эпизод (F31.3).

Задача №6. УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5

Пациентка, 13 лет. Беременность и роды у матери без патологии. Раннее развитие девочки без особенностей. Из перенесенных заболеваний – детские инфекции, частые ангины. Месячные с 13 лет нерегулярные, безболезненные. По характеру тихая, незаметная, малообщительная, раздражительная, плаксивая.

В 13-летнем возрасте без видимой причины снизилось настроение, стала плохо спать, не выходила на улицу, «медленно хожу, медленно говорю, мысли медленно текут». Появилась субфебрильная температура, хотя никакого соматического заболевания обнаружено не было. В этот период наблюдались запоры. Это состояние длилось два месяца, постепенно из него вышла, а затем состояние резко изменилось. Стала назойливой к окружающим, многоречивой, обнажалась, кокетничала с окружающими, считала себя очень умной, красивой, выпрашивала, а иногда отнимала у детей пищу. Состояние продолжалось 15 дней, затем быстро прошло. Затем снова повторилось состояние с тревогой, двигательной заторможенностью, – лежала в постели без движения. Впоследствии имелись состояния с возбуждением, аналогичные вышеописанному. Постепенно состояния удлинялись, так же как и светлые промежутки. Всего наблюдалось пять состояний со снижением настроения и семь – с повышением.

Неврологически и соматически – без особенностей.

Вопросы по задаче:

Описать имевшиеся психопатологические симптомы, определить синдромы, проанализировать течение заболевания, установить нозологический диагноз.

Ответ:

Фазные биполярные колебания настроения. Депрессивные фазы со снижением настроения, замедлением мышления и двигательной активности, вегетативными симптомами. Маниакальные фазы с повышением настроения и речедвигательной активности, идеями переоценки себя.

Биполярное аффективное расстройство (F31).

Задача №7. УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5

Пациентка, 7 лет. Мать в течение лет до рождения ребенка многократно подвергалась воздействию рентгеновских лучей. Девочка уже на первом году жизни была малоактивной, не заинтересовывалась игрушками и не тянулась к ним. В 9 мес. она заболела дизентерией, продолжавшейся почти в течение года. За это время утратила развивавшуюся речь, стала еще менее живой. В 2 года 6 мес. она перенесла коклюш и дважды пневмонию. До 4-х лет у нее отмечалось недержание мочи. Для восстановления развивающейся речи потребовались интенсивные занятия с логопедом.

Росла недостаточно энергичной, никогда с детьми играть не умела, занимаясь в одиночестве своими игрушками, обнаруживала очень бедную игровую фантазию. Поздно научилась одеваться и сейчас делает это очень неловко, неаккуратно, хотя и самостоятельно. В настоящее время интереса ни к чему не проявляет, не имеет любимых игрушек, почти не интересуется книгами, никого ни о чем не спрашивает, ни к кому не обращается. Контакт с ней очень затруднен, т. к. отвечает на вопросы только после неоднократных повторений, односложно, зачастую не реагирует вовсе. Внимание сосредотачивает с большим трудом. В детском саду сторонится детей, не обращает внимания на них. В коллективные игры не включается, но и самостоятельно играет мало. Выучила некоторые буквы, но слияние слогов ей не удается. Картинки описывает, называя лишь отдельные предметы. Без помощи не может выполнить 3-х поручений. Свой возраст твердо не знает. Повторяет только короткие фразы. Речь очень бедная. Определяет назначение некоторых часто встречающихся предметов. Складывает простейшие разрезные картинки. Скопировать несложную конструкцию из кубиков ей не удастся. Безразличная, молчаливая, не проявляет свойственной детям живости и инициативы. Не обращает внимания на уход матери, через некоторое время забывает об ее отсутствии. Интеллект немного меньше 70 баллов. Соматоневрологически без особенностей.

Вопросы по задаче:

Описать психопатологические симптомы, определить степень и характер нарушений, установить нозологический диагноз.

Ответ:

Интеллектуальное недоразвитие в сочетании со снижением активности, гипоспонтанностью, снижением активного внимания.

Недоразвитие интеллекта в степени дебильности, атонический вариант (аспонтанно-апатическая подгруппа).

Умственная отсталость легкой степени со значительными нарушениями поведения, требующими ухода и лечения (F70.18).

Задача №8. УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-9

Пациент, 35 лет. Переносил повторные черепно-мозговые травмы, в том числе с потерей сознания. В связи с ЧМТ дважды лечился в стационаре. Кроме того, много лет злоупотреблял алкоголем и ПАВ (амфетамины), но более 4 лет воздерживается.

Причина обращения к психиатру – стал легко раздражаться в ответ на незначительные обстоятельства (некоторые фразы окружающих, повторные вопросы или просьбы, не помытая вовремя посуда и т.п.), в эти моменты кричит на окружающих. Из-за этого осложнились отношения в семье. Кроме того, стало значительно труднее запоминать текущие события. Стал медленнее думать, решать те или иные задачи, иногда стало труднее подбирать слова, формулировать фразы. В текущих делах стало труднее переключаться на что-либо другое, на новые стимулы. Отмечает головные боли, утомляемость.

Жалобы на психическую неуравновешенность, «раздражаюсь очень быстро», «завожусь везде».

При осмотре: держится свободно, откровенен. С затруднением вспоминает даты событий анамнеза. Речь немного замедленная, на вопросы отвечает обстоятельно, конкретно. При разговоре на неприятные темы повышает голос, раздражается, вскакивает. При отвлечении на другую тему быстро успокаивается.

Вопросы по задаче:

Описать психопатологические симптомы, определить психопатологический синдром, установить нозологический диагноз, определите тактику обследования, терапии и реабилитации.

Ответ:

Снижение памяти. Снижение мыслительных способностей. Эмоциональная лабильность, эксплозивность. Нарушения внимания. Психомоторное беспокойство.

Психоорганический синдром, эксплозивный вариант.

Органическое эмоционально-лабильное расстройство. (F06.6).

Неврологическое обследование для верификации и описания степени и характера повреждения головного мозга. Инструментальное обследование (ЭЭГ, МРТ и др.), для верификации степени и характера повреждения головного мозга. Экспериментально-психологическое обследование, для выяснения степени и характера нарушения психических функций.

Нормотимическая (тимостабилизирующая) терапия (Карбамазепин). Церебротропная терапия, их регулярное повторение в будущем для поддержания компенсированного состояния.

Задача №9. УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6

Пациентка, 53 г. Жалуется на сниженное настроение, тягостные ощущения в груди («тяжело», «разливается, как зажжет», «внутри как будто трясется все»). Не хочется ничего делать, в том числе что-либо из прежде интересного (погулять, пойти в кино или театр). Также на необычную «вялость», с утра трудно встать, трудно что-либо делать. Не справляется с работой, плохо справляется с домашними делами. Просыпается около 4-5 часов утра. Аппетит отсутствует. Ничего не радует. Во вторую половину дня чувствует себя лучше, меньше «трясет», становится чуть активнее, но аппетит не появляется.

За психиатрической помощью обратилась повторно. Впервые лечилась около 8 лет назад с похожим состоянием. Около 13 лет назад, в течение нескольких месяцев, отмечалось подобное, но менее выраженное состояние, но тогда за помощью не обращалась.

При осмотре: выглядит грустной и напряженной. Улыбается редко. Голос негромкий. Речь и движения замедленные. Фиксирована на своем состоянии. Просит помощи.

Вопросы по задаче:

Описать психопатологические симптомы, определить психопатологический синдром, установить нозологический диагноз, определите тактику терапии.

Ответ:

Снижение настроения – тоска с витальным оттенком, замедление речи и моторики, ранние пробуждения, снижение аппетита, суточные колебания настроения с ухудшениями в первую половину дня, утрата способности испытывать удовольствие (ангедония).

Депрессивный синдром.

Рекуррентное депрессивное расстройство. (F33).

Антидепрессанты (СИОЗС, Венлакафсин, Миртазапин, при неэффективности – Амитриптилин).

Задача №10. УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Пациентка, 64 года. Раннее развитие без особенностей. Работает. В анамнезе эпизод более 20ти лет назад с «подавленным настроением», тревогой, «не распрямиться», плакала, чувствовала себя «тупой», «все равно», «слабость, усталость». К вечеру становилось лучше. Лечилась медикаментозно в психиатрическом стационаре. Далее весной и осенью стала замечать периоды неглубокого снижения настроения.

За несколько месяцев до данного обращения появилась «тоска, тревога», в груди ощущение, «как будто что-то должно произойти», «сжимается-разжимается», «давит». Стало трудно работать, хотя с работой справляется. Сон с частыми пробуждениями, утром рано просыпается. Нарушился аппетит – «нет чувства голода», «чувствую, что ем, но не понимаю, что голодна». Похудела на 5кг. Пропало ощущение радости. К вечеру становится немного лучше.

Жалобы на снижение настроения, тревогу, плохой сон.

При осмотре: выражение лица грустно-напряженное, в голосе дрожь. Эмоциональные проявления адекватные, но сдержанные. Медлительна. Не сразу отвечает на вопросы. Снижение памяти и интеллекта не прослеживается. Просит помощи.

Вопросы по задаче:

Описать психопатологические симптомы, определить психопатологический синдром, установить нозологический диагноз, определите тактику терапии.

Ответ:

Снижение настроения – тоска и тревога с витальным оттенком, замедление речи и моторики, ранние пробуждения, снижение аппетита, суточные колебания настроения с ухудшениями в первую половину дня, утрата способности испытывать радость (ангедония), снижение массы тела.

Депрессивный синдром.

Рекуррентное депрессивное расстройство. (F33).

Антидепрессанты (СИОЗС, Венлакафсин, Миртазапин, при неэффективности – Амитриптилин).

Задача №11. УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-6, ПК-8

Пациент, 48 лет. Раннее развитие без отклонений. Образование высшее, работает. В течение жизни многочисленные неглубокие колебания настроения: эпизоды, когда снижалось настроение, все становилось безрадостным, было трудно работать. Другие периоды, когда ощущал подъем сил, был активен, энергичен, начинал новые дела. Постепенно колебания настроения стали более явными, в ряде случаев стал самостоятельно обращаться за помощью. Лечился амбулаторно, госпитализаций в психиатрический стационар не было. Работоспособность не нарушалась или нарушалась кратковременно. Обратился за помощью в связи с очередным ухудшением состояния.

Жалобы на сниженное настроение, «стиснуло в груди, давит», «уныние, апатия, ничего не интересует», не хочется общаться. Трудно работать, «не могу сосредоточиться», при чтении «ничего не понимаю». Сон с ранними пробуждениями. Аппетит снижен. Ничего не радует. К вечеру состояние незначительно улучшается.

При осмотре: грустен, заторможен, поза однообразная. Не всегда сразу отвечает на вопросы. Говорит, что не способен к работе, «не могу выполнить свои обязанности», высказывает мысли, что, возможно, «что-то не то сделал, моральный проступок». Просит помощи, настроен на лечение.

Вопросы по задаче:

Описать психопатологические симптомы, определить психопатологический синдром, установить нозологический диагноз, определите тактику терапии.

Ответ:

Снижение настроения – тоска с витальным оттенком, замедление речи и моторики, ранние пробуждения, снижение аппетита, суточные колебания настроения с ухудшениями в первую половину дня, утрата способности испытывать радость (ангедония), отрывочные депрессивные идеи самоуничтожения. В анамнезе периоды снижения и повышения настроения, относительно неглубокие, не требовавшие госпитализации.

Депрессивный синдром.

Циклотимия. (F34).

Антидепрессанты (СИОЗС, Венлакафсин, Миртазапин, при неэффективности – Амитриптилин).

Задача №12. УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-8

Пациентка, 18 лет. Раннее развитие без отклонений. Проживает с родителями, своими переживаниями с ними не делится. Себя характеризует спокойной, необщительной, интересно наблюдать и слушать людей, но из-за опасений, что не сможет быть интересной, «вообще нет желания знакомиться».

В 13-14 лет проявились сложности в общении: «Все стали общаться друг с другом, а я осталась». «Вместо общения» нравилось читать (интеллектуальные произведения), слушать музыку, «сырой звук, человек, голос и гитара». Нравилось «представлять, что я бы делала, если бы у меня были друзья».

После начала обучения в ВУЗе появилось «волнение» при разговоре с кем-либо вне дома. На занятиях «не получается сказать». «Из-за молчания» ухудшилась успеваемость. Стала пропускать занятия. Дома перестала читать и слушать музыку, не проявляла радость, зажималась в ответ на проявления ласки со стороны родителей, прикосновения – «не люблю, когда трогают».

Жалобы на трудности общаться с людьми, из-за этого трудно учиться. Также на тревогу.

При осмотре: внешне замкнута, погружена в себя. От беседы не отказывается, но в разговоре отгорожена, зажата, говорит с напряжением, тревожна. Впечатление, что стесняется отвечать на многие вопросы, что беседа для нее болезненна. При попытке чуть более активного расспроса замыкается, чуть слышно отвечает «не знаю». Эмоциональные реакции (в мимике, интонации голоса) неяркие, сдержанные. Однако при затрагивании интересных ей тем (искусство, путешествия) неожиданно проявляет неяркие, но понятные, тонкие эмоции. Нарушений структуры мышления не обнаруживает.

Вопросы по задаче:

Описать психопатологические симптомы, установить и обосновать нозологический диагноз, определить направление реабилитации и профилактики декомпенсаций в будущем.

Ответ:

Затруднения общения, отстраненность от окружающих, склонность к фантазированию для себя, тревога, напряжение.

Шизоидное расстройство личности. F60.1 (состояние декомпенсации). Имеются нарушения общения, отсутствуют процессуальные нарушения мышления, эмоций. Психотерапия, в дальнейшем психокоррекционная работа.

Задача №13. УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-8, ПК-9

Родной брат лечился в психиатрической больнице после демобилизации из армии. Старшая из двух детей. Раннее развитие без особенностей. По специальности сборщица полупроводников. Несколько лет по специальности не работает, самостоятельно не может за собой ухаживать, не убирает в квартире, с трудом ходит в магазин.

В начале заболевания высказывала идеи, что её обсуждают сослуживцы – говорят, что выпадают зубы, растёт нос. Заклеивала нос бумагой, носила специальную шапку. Говорила, что у неё «раздвоение мыслей» и ею кто-то руководит. Считала, что окружающие меняют её облик – превращают в девочек и мальчиков. Многократно госпитализировалась в психиатрическую больницу. В последние годы самостоятельно за собой ухаживать не может, соблюдает лишь элементарные гигиенические процедуры, в магазин не ходит, ничем не занимается, неряшлива.

При поступлении: Контакт крайне затруднён. Напряжена, суетлива. В основном отвечает не по теме вопроса. Манерно жестикулирует, перебирает пальцами и складывает их в разные фигуры. Периодически замолкает, как будто к чему-то прислушивается. На вопрос о самочувствии отвечает: «Жуемэн по нас медицинской бумаге... Бузы басы бутуские,сотолоня...». По просьбе показывает язык, при этом лепечет: «евреи, евреи, кэскэ, узбацкий язык...». При предложении написать дату своего рождения оживает, берёт ручку с блокнотом и рисует крючки, затем быстро-быстро строчит что-то, не касаясь бумаги. Задаёт неожиданные вопросы: «б на 2 делится, как Вы думаете?». После окончания беседы по просьбе врача ложится в свою кровать со словами: «Мы говорили, вы все уходите, нету вас, а я остаюсь. И их так же...».

Вопросы по задаче:

Описать психопатологические симптомы, определить психопатологический синдром, установить нозологический диагноз.

Ответ:

Бредовые идеи отношения, преследования, воздействия, бредовое поведение, апатия, абулия, атактическое мышление, неологизмы.

Апато-абулический синдром, синдром структурных нарушений мышления.

Шизофрения, параноидная форма, непрерывно-прогредиентный тип течения. (F20.00).

Задача №14. УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-8, ПК-9

Отец страдал психическим заболеванием. Раннее развитие без особенностей. По характеру была спокойной, добродушной. Окончила 10 классов. В четырнадцатилетнем возрасте, со слов матери, под влиянием сверстников убежала из дома. После школы училась в ПТУ на парикмахера (бросила обучение), некоторое время работала помощницей воспитательницы в детском саду. В 18 лет вышла замуж.

Психические нарушения около 20 лет. В дебюте заболевания заявляла, что муж и его друзья являются членами мафии, что они в сговоре. Поняла это по выражению их лиц и разговорам. Заявляла, что, если она разведется с мужем, то мафия её убьёт. Ухудшения состояния раз в 2-3 года, начинаются остро: нарушается сон, становится напряжённой, раздражительной. Появляются голоса: голос: «Убей, убей, твоя мама – Сатана».

При поступлении: говорит с театральными интонациями, вычурно жестикулирует. Напряжённо, со слезами делится переживаниями, тут же залиvisto хохочет. О причинах госпитализации сообщает следующее: «Мне очень плохо, меня мучил Сатана... Всё переморачивал внутри, заставлял по 2 пачки сигарет курить... Я человек непьющий, он заставлял меня пить коньяк». Красочно, описывает борьбу светлых и тёмных сил, в которой, по ее мнению, она является активной участницей: «Красота и доброта спасёт мир... Я, мамочка и дочь – ангелы самые красивые, дарим свет и добро всем людям, они к нам тянутся...Мы под защитой Бога... Сатана боится наших... Сатана – это желтоглазая Рузанка, она мне никакая не подруга, она меня преследовала, очень уродливая: у неё глаза как бараньи яйца, нос надо ртом висит, рот открыт, губа оттопырена некрасиво...Завидовала моей красоте... Мафия ещё есть, приспешники Сатаны, она мне Сатану приводила, он очень страшный, коричневый. Он мысли путал, мне голову аж мотало, заставлял коньяк пить. Я от этого не в

мысли уходила, а в углубление, я это так называю, углубление... Сатана – это человек, который отвернулся от Бога. Бог его скинул, он прямо на мою мамочку свалился... Очень гордый, на самолёте над нами летает, хочет что бы весь мир пошёл в ад... Я этого не хочу, иногда мне страшно подумать: если бы меня казнили, или мамочка моя умерла, что бы с миром было? Сатана не победит, я не позволю этого». Утверждает: «Сатана подталкивает выпивать довольно часто, курить, с мамой ругаться, хотя мне не хочется... Голоса Сатаны говорят мне: «Убей, убей, твоя мама – Сатана». Я плачу, прошу прощения у мамочки, это же ужас – про родную мамочку такое думать... Мы же святые люди, все в рай попадём...». Вполголоса добавляет: «Я имею дар в этом грешном мире делать людей ангельски красивыми».

Вопросы по задаче:

Описать психопатологические симптомы, определить психопатологический синдром, установить нозологический диагноз, назначить терапию. Определить способ профилактики ухудшений.

Ответ:

Бредовые идеи преследования, воздействия, величия, психические автоматизмы (идеаторные, сенестопатические), вербальные псевдогаллюцинации, разорванность мышления. Тревога, эмоциональное напряжение, амбивалентность эмоций.

Парафренный синдром.

Шизофрения, параноидная форма, тип течения эпизодический со стабильным дефектом(F20.02).

Антипсихотическая терапия: атипичные антипсихотики (Рисперидон), при неэффективности – традиционные (Галоперидол, Аминазин). При развитии экстрапирамидных побочных эффектов – корректоры (Циклодол, Акинетон). Необходимо диспансерное наблюдение в ПНД по месту жительства.

Задача №15. УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-8, ПК-9

Мать страдала МДП. Окончил 8 классов, ПТУ по специальности чертежник-конструктор. Со 12-ти лет отмечались беспричинные колебания настроения, рано начал алкоголизироваться. С 20 лет появились «голоса», сопровождающиеся мыслями о том, что родственники хотят отобрать квартиру. Неоднократно госпитализировался в больницу. В последнее время практически не выходит из дому, постоянно клеит кораблики, появилась неряшливость, сложности в домашних делах.

При поступлении жалобы на период долгой бессонницы (со слов, за неделю до поступления не спал пять дней), нервозность, «голоса внутри головы», «периодические ограбления моим сыном».

Весьма контактен, с охотой рассказывает о своих бытовых проблемах, однако, о психическом состоянии говорит не так открыто. Внешне неопрятен, несколько раздражен. В разговоре непоследователен, переходит с темы на тему: «Я уже давно не принимал никаких лекарств, вот, посмотрите, у меня порвались ботинки, пойду покупать новые». При расспросе о наличии голосов, пациент замолчал и задумался на несколько минут, затем начал улыбаться. На вопрос, почему он молчал, отвечает: «Слушал голоса, они есть почти всегда, чаще когда я сижу один. Сейчас меня не беспокоят, тревоги нет, не угрожают мне, обычно как мой собеседник, обсуждаем бытовые вопросы». Мышление своеобразное: «мне пришел иск за неуплату света, хотя я светом не пользуюсь вообще, отключил его на кухне, но пользуюсь одной лампой». «Пользуюсь, но оплачивать нечего, со мной же сын и пасынок живут»; «дома обычно занимаюсь сбором корабликов, таких из пластика или бумаги, из пластика вообще бесполезные, пластик вредный материал, дорогой, продается в газетным ларьках, ларьки есть везде, но я туда не захожу, так как не люблю ходить по магазинам...давно кораблики не собирал».

Вопросы по задаче:

Описать психопатологические симптомы, определить психопатологический синдром, установить нозологический диагноз, определите тактику терапии. Определить способ профилактики ухудшений.

Ответ:

Бредовые идеи преследования, вербальные псевдогаллюцинации, разорванное мышление, апатия, гипобулия, однообразие поведения.

Галлюцинаторно-параноидный синдром.

Шизофрения, параноидная форма, непрерывно-прогредиентный тип течения. (F20.00).

Антипсихотическая терапия: атипичные антипсихотики (Рисперидон). При развитии экстрапирамидных побочных эффектов – корректоры (Циклодол, Акинетон). Необходимо диспансерное наблюдение в ПНД по месту жительства.

Задача №16. УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-8

Дядя по линии отца совершил законченный суицид, отец пытался повеситься. Одна из сестёр лечилась в ПБ («депрессия»). Росла и развивалась соответственно возрасту. Окончила 11 классов, мед.училище, по специальности техник-лаборант.

Впервые перенесла острое психотическое состояние с идеями «подмены ребёнка», «конца света», «дьявольского влияния». Повторный приступ через год с переживаниями высокого уровня энергии, «любви к людям» – «всем помогала, вещи раздавала», ходила по церквям, молилась по несколько часов кряду. Настоящее ухудшение через 2 года.

При поступлении жалобы на раздражительность, нарушение сна (сон поверхностный, долго не может заснуть), конфликтность, многочисленные страхи: «Боюсь много чего, боюсь машин, маршруток, метро, пожара

в доме», желание «уехать в деревню и спрятаться там от всех», чувство «ненависти к людям», появление «внутренней агрессии».

Сознание формально не помрачено. Ориентирована в пространстве, времени и собственной личности верно. Внешне напряжена, движения уверенные и резкие. В процессе разговора раздражительна, недоброжелательна. Фон настроения неустойчивый, то раздражительна, то плачет, периодически нелепо улыбается. Об отношениях на работе, говорит следующее: «она постоянно меня донимает, унижает, оскорбляет, только одну меня, хотя я ни в чем не виновата».

Вопросы по задаче:

Описать психопатологические симптомы, определить психопатологический синдром, установить нозологический диагноз, назначить терапию.

Ответ:

Бредовые идеи преследования, тревога, напряжение, бредовая отгороженность, неадекватность эмоций.

Параноидный синдром.

Шизофрения, параноидная форма, эпизодический тип течения с нарастающим дефектом(F20.01).

Антипсихотическая терапия: атипичные антипсихотики (Рисперидон, Кветиапин), при неэффективности – традиционные (Галоперидол, Аминазин). При развитии экстрапирамидных побочных эффектов – корректоры (Циклодол, Акинетон).

Задача №17. УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-8, ПК-9

Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. В школу пошла своевременно. Учиться было «сложновато», особенно точные науки. Закончила 8 классов и ПТУ по специальности продавец-контролер, кассир. В этой должности работала 10 лет, многократно меняла места работы, часто из-за конфликтов с коллегами и администрацией, «даже, бывало, просили уйти». В 23 года, при обследовании причин сильных головных болей с рвотой, выявлено субарахноидальное кровоизлияние в лобно-височную область головного мозга. Проводилась трепанация черепа с удалением гематомы и клипированием сосудов. КТ: картина состояния после удаления гематомы в левой лобной доле, клипирование АВМ левой лобной доли. Кистозно-атрофические изменения левой лобной доли. Незамкнутый Виллизиев круг. Гипоплазия ЛПА.

По характеру себя считает «доброжелательной, вспыльчивой... мнительная», после операции на головном мозге, характерологические черты усугубились, стала более вспыльчивой, раздражительной, конфликтной. Стала замечать ухудшение памяти, могла забыть закрыть входную дверь, куда положила очки, деньги.

За 2 дня до госпитализации, стала взбудораженной, появился «восторженный, отрешённый взгляд», резко, много и громко говорила, ночь не спала, сделала яркий макияж. На следующие сутки состояние усугубилась, стала говорить, чтобы муж и свекровь воспитывали ребёнка «сами», считала, что мужу что-то диктуют в микрофон в ухе, руководят ее поступками. Видела на полу жучков, «как будто вырезанные из рентгеновской пленки бабочки, они ползали по полу, прыгали на меня», видела на руках направленные на неё «красные точки от лазерных прицелов». В последующем, на первый план выступили грубые изменения личности, была крайне конфликтна по малейшему поводу, недовольна условиями, раздражительна, вспыльчива, претенциозна, эгоцентрична, аффективно заряжена. Мышление конкретное, торпидное, обстоятельное, с фиксацией на второстепенных деталях.

Вопросы по задаче:

Описать психопатологические симптомы, определить психопатологический синдром, установить нозологический диагноз, назначить терапию, определить пути реабилитации, профилактики ухудшений.

Ответ:

Снижение памяти, эксплозивность, заострение черт личности, конкретность и обстоятельность мышления.

Психоорганический синдром, эксплозивный вариант.

Органическое эмоционально-лабильное расстройство. (F06.6).

Церебротропная терапия. Тимостабилизирующая терапия (Карбамазепин), при ее неэффективности – мягкие антипсихотики для коррекции эмоциональных нарушений (Тералиджен, Хлорпротиксен).

Задача №18. УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-8

Наследственность психопатологически не отягощена. Раннее развитие без особенностей. В школу пошел вовремя, окончил 8 классов и Радиополитехникум. После окончания работал в строительных организациях по специальности. Трудовой стаж маленький, прерывистый. На работе не удерживался, увольняли в связи с тем, что не справлялся с должностными обязанностями. Неоднократно госпитализировался в психиатрические больницы, нарастала социальная дезадаптация. В начале заболевания высказывал нелепые идеи: что родственники работают в спец. службах, следят за ним, читают его мысли. Казалось, что Арина Шаропова по телевизору делает ему знаки, хочет вступить с ним в половую связь.

С момента поступления и длительное время состояние оставалось неустойчивым: был возбужден, крайне подвижен, сексуально расторможен, настроение было неустойчивое, ночной сон был нарушен. Во время беседы речь напористая, практически монологом. Пел песни собственного сочинения, либо нецензурно бранился в адрес окружающих. Высказывал идеи отношения в адрес сестры, соседей, идеи преследования со стороны

спецслужб, считал себя «агентом КГБ». На отделении жаловался на голоса, разговаривал громко без собеседника, жестикулировал, к чему-то прислушивался, озирался по сторонам. Лечащего врача называл то, «блохой, то муравьём, блохонасекомым».

Вопросы по задаче:

Описать психопатологические симптомы, определить психопатологический синдром, установить нозологический диагноз, назначить терапию.

Ответ:

Бредовые идеи отношения, преследования, особого значения, отрывочные – величия, отрывочные идеаторные психические автоматизмы, вербальные галлюцинации, паратимия, неологизмы.

Шизофрения, параноидная форма, непрерывно-прогредиентный тип течения. (F20.00).

Антипсихотическая терапия: атипичные антипсихотики (Рисперидон), при неэффективности – традиционные (Галоперидол, Аминазин). При развитии экстрапирамидных побочных эффектов – корректоры (Циклодол, Акинетон).

Задача № 19. УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-8, ПК-9

Пациент, 25 лет, педагог. Помещался в психиатрическую больницу три раза с одинаковыми состояниями, находился обычно в течение трех месяцев. Вне приступов заболевания работал, с работой справлялся. Настоящий приступ начался с говорливости, избыточной подвижности. Уходил из дома, останавливал на улице прохожих, бранился, во все вмешивался. Писал жалобы в милицию, временами становился злобным, раздражительным. В больнице: ориентировка в месте и времени сохранена, обманов чувств и бредовых высказываний не выявляется. Легко вступает в контакт, на вопросы отвечает по существу, но легко отвлекается по внешним ассоциациям, многословен, многоречив, темп мышления ускорен. Настроение приподнятое, оживлен, постоянно улыбается, стремится доказать, что он здоров. Считает, что он хороший педагог, знает медицину. Спит мало, постоянно в движении. Ест с повышенным аппетитом, но теряет в весе.

Вопросы по задаче:

Описать психопатологические симптомы, определить синдром, установить нозологический диагноз, назначить терапию, определить способ профилактики дальнейших ухудшений.

Ответ:

Гипертимия с сочетанием солнечного и гневливого оттенка, ускорение мышления, повышение речевой и двигательной активности, отрывочные идеи переоценки своих способностей, нарушение сна, повышение аппетита, снижение массы тела. Вне болезненных состояний негативная симптоматика отсутствует.

Синдром гневливой мании.

Биполярное аффективное расстройство, текущий маниакальный эпизод (F31.1).

Антипсихотическая терапия с помощью атипичных антипсихотиков (Кветиапин, Арипипразол, Оланзапин), нормотимическая терапия (вальпроаты или карбонат лития).

Задача № 20. УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-8, ПК-9

Пациентка, 27 лет, медицинская сестра. С раннего детства проявляла интерес к религии. В семилетнем возрасте изучала Коран, запомнила большинство его разделов. Была общительна, легко заводила друзей, нравилось быть в центре внимания благодаря своим способностям к пению и танцам. Была энергичной, оптимисткой, хотя иногда испытывала депрессию. В возрасте 22 лет, после расторжения первого брака, у пациентки наблюдалась длительная депрессия: испытывала тоску, неуверенность в себе, была замкнутой, избегала посещать вечеринки, с трудом засыпала, просыпалась рано и чувствовала себя усталой, потеряла аппетит и похудела, однако продолжала работать. К врачу не обращалась, через шесть месяцев настроение и деятельность вернулись к прежнему уровню. Четыре дня назад покинула дом, пошла в церковь, где молилась всю ночь. Утром вернулась домой, затем ушла жить к матери, становилась все более и более странной. Была возбуждена, не могла спать, говорила почти непрерывно, ничего не ела, пылко декламировала молитвы, однако путала некоторые слова. Доставлена в психиатрическую больницу супругом в связи с выраженным возбуждением и разговорчивостью. При осмотре: нарядно одета. Возбуждена, раздражительна, агрессивно кричит. Очень разговорлива, речь время от времени трудно понять. Говорит быстро, перескакивая с одной темы на другую. Считает себя выше других, тех, которые завидуют ее голосу, уму и красоте. Легко отвлекается, но полностью ориентируется во времени, месте и собственной личности, не наблюдается никаких отклонений со стороны памяти и интеллекта.

Вопросы по задаче:

Описать психопатологические симптомы, определить синдром, установить нозологический диагноз, назначить терапию, определить способ профилактики дальнейших ухудшений.

Ответ:

Гипертимия с солнечным оттенком настроения, ускорение мышления со «скачкой идей», повышение речевой и двигательной активности, идеи величия, нарушение сна, снижение массы тела. В анамнезе депрессивный эпизод.

Маниакальный синдром.

Биполярное аффективное расстройство, текущий маниакальный эпизод (F31.1).

Антипсихотическая терапия с помощью атипичных антипсихотиков (Кветиапин, Арипипразол, Оланзапин), нормотимическая терапия (вальпроаты или карбонат лития).

Задача № 21. УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-9

Пациент, 34 года. Поступает в психиатрическую больницу в четвертый раз. Дважды диагностировались депрессивные состояния, во время депрессии совершил суицидальную попытку. Один раз диагностировалось маниакальное состояние. Болезненные приступы продолжались от трех до пяти месяцев. Между приступами успешно окончил институт, работает, чувствует себя здоровым в эти периоды. За две недели до госпитализации стал мало спать, много говорить, много двигаться. Пробежал кросс в десять километров, хотя до этого спортом не занимался. Брался за многие дела, но скоро их бросал, так как начинал другое дело. Накупил массу ненужных вещей. Стал более деятельным, но на работе продуктивность снизилась, так как не доводил дела до конца, уходил то в один, то в другой цех. Перед госпитализацией явился на завод в четыре часа утра, включил все станки, хотя рабочий день начинается в семь часов утра. Был осмотрен психиатром, госпитализирован в психиатрическую больницу. В отделении: настроение повышено, многоречив, ни на минуту не умолкает, голос из-за этого охрипший, много шутит, смеется, на лице постоянно улыбка. Чем-либо огорчить больного невозможно. Порой делает веселые замечания, и окружающие смеются вместе с ним. Постоянно в движении. Темп моторики и мышления ускорен. Спит около двух часов в сутки, при этом чувствует себя бодрым. Аппетит повышен, но похудел. Первым подбегает к входящему в отделение врачу. Сразу начинает разговор: «О! Давно не виделись! Доктор, как живете? Мороз на улице сильный? Я – самый сильный спортсмен в мире. Посмотрите бицепсы – сталь. Читали книгу «Как закалялась сталь?»? Я сегодня напишу книгу о солнечном двигателе. Это мое открытие. Оно стоит миллион. Хотите десять тысяч? Как говорят, не имей сто рублей... Вы мне друг. Специально для Вас танец». Достает расческу, накладывает бумагу, наигрывает мотив плясовой и танцует. Вскоре прекращает танец, спешит в другой конец коридора со словами: «Вот моя любимая сестричка. Будь моей женой. Дай я тебя поцелую». При общении с больным вначале собеседники улыбаются, невольно заражаясь его веселостью и жизнерадостностью. Однако многочасовые разговоры, сопровождающиеся неистощимой подвижностью, становятся утомительными. Больной не устает, критики нет, считает, что он совершенно здоров.

Вопросы по задаче:

Описать психопатологические симптомы, определить синдром, установить нозологический диагноз, назначить терапию, определить способ профилактики дальнейших ухудшений.

Ответ:

Гипертимия с солнечным оттенком настроения, ускорение мышления со «скачкой идей», повышение речевой и двигательной активности, идеи величия, нарушение сна, снижение массы тела. В анамнезе депрессивные эпизоды.

Маниакальный синдром.

Биполярное аффективное расстройство, текущий маниакальный эпизод (F30.1).

Антипсихотическая терапия с помощью атипичных антипсихотиков (Кветиапин, Арипипразол, Оланзапин), нормотимическая терапия (вальпроаты или карбонат лития).

Задача № 22. УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-9

Пациент, 45 лет, педагог. Помещался в психиатрическую больницу шесть раз. Состояния однотипные. Последний приступ начался за две-три недели до поступления в клинику. Появилась повышенная говорливость, подвижность, часто уходил из дома, останавливался на улице прохожих, бранился, во все вмешивался, писал жалобы в милицию. Временами становился раздражительным, злобным, проявлял агрессию. Последние дни плохо спал. В больнице легко вступает в контакт, отвечает по существу, но, начиная отвечать на вопрос, сбивается, перескакивает с темы на тему. Отвлекаем. Многоречив, темп мышления ускорен, ассоциации по смежности, сходству и созвучию, рифмуется, свою речь сопровождает богатой мимикой и жестами. Стремится доказать, что он здоров. Считает, что он хороший педагог, прекрасно разбирается в людях, знает медицину, «был учеником Павлова», «прекрасный оратор», так как его учителями были Пушкин, и Салтыков-Щедрин. Приводит цитаты, пословицы. Говорит, что он занят научной работой, пишет книгу на тему: «Сознательное и бессознательное в природе и обществе». Настроение повышенное, но легко раздражается, бывает гневлив. Собирает различные бумажки, лоскутки, складывает все это в коробку, которую украшает яркими ленточками и бумажками.

Вопросы по задаче:

Описать психопатологические симптомы, определить синдром, установить нозологический диагноз, назначить терапию, определить способ профилактики дальнейших ухудшений.

Ответ:

Гипертимия с солнечным оттенком настроения, ускорение мышления со «скачкой идей», повышение речевой и двигательной активности, идеи величия, нарушение сна, снижение массы тела.

Маниакальный синдром.

Биполярное аффективное расстройство, текущий маниакальный эпизод (F31.1).

Антипсихотическая терапия с помощью атипичных антипсихотиков (Кветиапин, Арипипразол, Оланзапин), нормотимическая терапия (вальпроаты или карбонат лития).

Задача № 23. УК-1, ПК-1, ПК-5

Пациентка, 30 лет, служащая. Порвав отношения с человеком, за которого хотела выйти замуж, стала нервничать, перестала спать. Через три дня появились странности в поведении. Заявила сотрудникам, что чувствует их недоброжелательное отношение к ней. Считала, что окружающие над ней насмеваются, о чем-то перешептываются между собой, «намекают» в разговорах на ее плохое поведение. Считает, что «им все известно» о ее ситуации. Видимо, о ней сообщили какие-то компрометирующие сведения, и она думает, что это сделал ее жених, она его даже видела выходящим из учреждения. Решила, что теперь для нее все кончено, жить ей не нужно. В больнице заторможена, тревожна. Настроение подавленное. Слышит за стеной разговоры сослуживцев и соседей по комнате о себе. Они намекают на сожительство ее с каким-то мужчиной, бранят ее. Считает, что персонал больницы и больные «смотрят презрительно». Отказывается от еды. При уговорах поест, заявляет: «Смеетесь вы надо мной, не есть мне, а умирать надо». Под влиянием лечения, в том числе психотерапии, состояние постепенно улучшилось, появилось критическое отношение к перенесенному заболеванию, выписалась с выздоровлением.

Вопросы по задаче:

Описать психопатологические симптомы, определить синдром, установить нозологический диагноз.

Ответ:

Тревога, бредовые идеи отношения, преследования, осуждения, отрывочные зрительные иллюзии, снижение настроения, депрессивные идеи самообвинения, отказ от еды, суицидные идеи, психомоторная заторможенность.

Тревожно-депрессивный синдром.

Реактивный параноид (F23.32).

Задача № 24. УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Пациент, 36 лет. Стал чрезмерно возбужденным и говорливым, втягивал людей в спор днем и ночью, слишком много пил. Появилось возбуждение и беспокойство с частой сменой настроения. Чувствовал себя чрезмерно счастливым без заметного повода, строил нереальные планы, был чрезмерно активен, разговорчив и назойлив. Это сменялось удрученностью и чувством вины, суицидальными мыслями и беспокойством. Говорил людям, что может читать их мысли и предсказывать будущее, что получает символические послания от людей по телевизору, обладает телепатическими способностями, избран для специальной миссии, и поэтому его преследуют враги. Ощущал, что все вокруг кажется нереальным, «как на сцене». Ночью плохо спал, думал о работе. На работу пришел возбужденным и растерянным, объявил коллегам, что он – директор, и что все они собираются в кругосветное путешествие. Был госпитализирован. При осмотре: выглядит расстроенным и возбужденным, но полностью ориентированным. Чрезмерно разговорчив, к чему-то прислушивается. На следующий день сообщил, что приговорен к смерти, и его жизнь в опасности. Свет, который он видел через окно, символизировал, что он находится под специальным наблюдением. Звезда в небе была неопознанным летающим объектом, который прибыл, чтобы забрать его с Земли. В палатном шуме различает голоса, которые высмеивают его. Лица на экране телевизора, а также музыка кажутся искаженными. Чувствовал, что другие люди могли проникать в его голову, изменять мысли и навязывать эмоции, которые ему не принадлежали. Был раздражителен, непрерывно говорил, отмечалась скачка идей.

Вопросы по задаче:

Описать психопатологические симптомы, определить синдром, установить нозологический диагноз, назначить терапию, определить способ профилактики дальнейших ухудшений.

Ответ:

Повышение настроения, ускорение мышления со «скачкой идей», тревога, несистематизированный острый чувственный бред (отношения, особого значения, инсценировки, преследования, особых возможностей, величия), идеаторные психические автоматизмы (в том числе положительный вариант).

Аффективно-бредовой синдром.

Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении (F23.1), дифференцировать с шизоаффективным расстройством, маниакальный тип (F25.0).

Антипсихотическая терапия (атипичные антипсихотики – Оланзапин, Кветиапин, Арипипразол), при неэффективности – традиционные (Галоперидол). После выхода из приступа тимостабилизирующая терапия.

Задача № 25. УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Пациентка, 32 года, библиотекарь, замужем, только что родила ребенка. Помещена в психиатрическую больницу в связи с возбуждением, странным и неадекватным поведением, развившимся десять дней назад, после родов. Беременность и роды были не осложненными. На протяжении нескольких дней после родов все было нормально. По прибытии домой стала возбужденной, злобной, раздражительной. Обвинила мужа в том, что в доме холодно. Спорила с матерью о том, как пользоваться памперсами, наконец, потеряв терпение, прогнала мать, когда та хотела взять младенца на руки. Говорила и ругалась непрерывно, пока почти полностью не утратила голос. Продолжала спорить о малейших деталях родов, подозревая плохой уход. Звонила своим друзьям и родственникам, а также в роддом, жалуясь на плохое обслуживание. Постоянно находилась в движении и не оставляла в покое ребенка, меняя его одежду или часто купая. Посреди своей

деятельности она легко становилась рассеянной и могла оставить ребенка без внимания, забыв о том, что она делает, отвлекалась. Спала и ела мало. Иногда казалась растерянной, пыталась узнать время по комнатному термометру, кричала на диктора, выступающего по телевидению. При осмотре: постоянно говорит громким, хриплым голосом, речь непоследовательная, несколько раз теряла нить размышлений. Ее отвлекает шум или малейшие детали окружающего. Не может спокойно сидеть, бродит по комнате большую часть времени, пытается убежать, становится агрессивной и назойливой, когда получает отказ. Нарушений восприятия и бреда не наблюдалось. Полностью ориентирована.

Вопросы по задаче:

Описать психопатологические симптомы, определить синдром, установить нозологический диагноз, назначить терапию, определить способ профилактики дальнейших ухудшений.

Ответ:

Повышение настроения, ускорение мышления со «скачкой идей», отвлекаемость внимания, психомоторное возбуждение.

Маниакальный синдром.

Мания без психотическим симптомами (F30.1), дифференцировать с биполярным аффективным расстройством (F31.1).

Антипсихотическая терапия (атипичные антипсихотики – Оланзапин, Кветиапин, Арипипразол), при неэффективности – традиционные (Галоперидол). После выхода из приступа тимостабилизирующая терапия.

Задача № 26. УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Пациентка, 38 лет, замужем, имеет двоих детей, 2 и 6 лет. Почувствовала себя плохо три года назад, после второй, нежелательной беременности. Ощущала себя подавленной и раздражительной, постоянно беспокоилась о домашних делах и детях. Чувствовала себя не в состоянии выполнять домашние обязанности. При осмотре: пониженного питания, чисто и опрятно одета. Впечатление, что внешний вид ее не интересует. Напряжена, часто плачет. Речь спонтанна, нормального темпа. Правильно отвечает на поставленные вопросы, но говорит слишком громко. Обеспокоена, что не справится с домашними трудностями, обеспокоена будущим своих детей в случае ее преждевременной смерти, как это случилось с ее матерью. Нарушений восприятия и мышления нет. Полностью ориентирована. Кратковременное запоминание, кратковременная и долговременная память не изменены. С критикой относится к состоянию, но не видит, как ей можно помочь. Физическое исследование и лабораторные анализы не выявили отклонений от нормы.

Вопросы по задаче:

Описать психопатологические симптомы, определить синдром, установить нозологический диагноз, назначить терапию, определить способ профилактики дальнейших ухудшений.

Ответ:

Снижение настроения, тревога, опасения сверхценного уровня.

Тревожно-депрессивный синдром.

Расстройство адаптации (F43.22).

Антидепрессивная терапия (СИОЗС с преимущественно седативным действием – Пароксетин, Флувоксамин), при неэффективности – мягкие антипсихотики (Тералиджен, Хлорпротиксен). После улучшения состояния – психотерапия.

Задача № 27. УК-1, ПК-1, ПК-5

Пациент, 36 лет. Арестован за кражу. Вскоре после этого стал обнаруживать явления психического расстройства. Имеет бледный истощенный вид, взгляд рассеянный, боязливый, не обнаруживает никакого негативизма. На предлагаемые вопросы, в том числе самые простые, большей частью отвечает неправильно, причем из ответов видно, что смысл вопросов усваивается верно. Обращает на себя внимание незнание самых простых вещей:

– Сколько вам лет?

– Двадцать пять да двадцать пять.

– Сколько у вас пальцев?

– Пальцев? Четырнадцать.

– Сосчитайте ваши пальцы.

– (рассматривает пальцы и считает) один, три, четыре, пять, десять, двенадцать.

– Каких вы еще знаете животных?

– Слона.

– Сколько у него ног?

– три.

– Сколько голов у лошади?

– Масса.

– Сколько глаз у лошади?

– Три.

Вопросы по задаче:

Описать психопатологические симптомы, определить синдром, установить нозологический диагноз.

Ответ:

Тревога, снижение настроения, демонстративность и беспомощность в поведении, мимико-ответы.
Синдром псевдодеменции.
Истерический реактивный психоз (F44).

Задача № 28. УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-8, ПК-9

Пациент, 28 лет, преподаватель математики. Обратился к врачу с жалобами на периодические головные боли, усиливающиеся при умственной работе, чувство постоянной слабости и повышенную утомляемость. Выполнение обычной работы стало требовать большого напряжения физических и духовных сил. Утром трудно заставить себя встать с постели, взяться за обычные дела. Садится за книги, не прочитав полстраницы, замечает, что механически пробегает глазами по строчкам, а мысли где-то далеко. Во второй половине рабочего дня «вработывается», голова становится более свежей, но к вечеру чувствует себя совершенно разбитым. За последнее время стал раздражительным, утратил обычную сдержанность. Во время урока грубо прикрикнул на ученика, после чего тут же внутренне раскаялся, долго не мог успокоиться, представлял себе возможные неприятные последствия этого поступка. Дома все выводит из себя, раздражает радио, шумная возня пятилетней дочери. Однажды даже ударил её, и сам расстроился до слез, попросил у дочери прощения. Раздражает даже прикосновение к телу одежды: «Чувствую себя так, будто на мне власяница!» Во время беседы с врачом волнуется, лицо покрывается красными пятнами, голос дрожит, на глаза наворачиваются слезы. Стесняется этого, старается скрыть свое волнение. Склонен к пессимистической оценке будущих результатов лечения.

Вопросы по задаче:

Описать психопатологические симптомы, определить синдром, установить нозологический диагноз, назначить терапию, определить способ профилактики дальнейших ухудшений.

Ответ:

Слабость, повышенная истощаемость внимания и других психических процессов, вегетативные нарушения, эмоциональная гиперестезия, гиперестезия, тревога, снижение настроения без витального оттенка.

Астенический синдром.

Неврастения (F48.0).

Нормализация режима работы и отдыха, общеукрепляющая терапия, психотерапия, коррекция режима дня, санация режима работы и отдыха.

Задача № 29. УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Пациент, 48 лет, машинист крана. По характеру властный, упрямый, энергичный, мнительный, косный и непримиримый в суждениях. Многие годы работая на железной дороге, раздумывал о более быстрой разгрузке вагонов. Дома в свободное время пытался чертить схемы, делать расчеты, «но не хватало знаний, хотя принцип был решен». Обращался со «своим принципом» в различные инстанции сначала на железной дороге, затем городские, «чтобы взяли за основу и помогли создать такие вагоны и разгрузочные устройства». Отказы не смущали его, снимал по 30-40 копий со своих схем и расчетов и рассылал по научным учреждениям, научным и научно-популярным журналам. Получаемые отзывы считал необъективными, снимал заверенные копии, пересылал их в административные органы «для восстановления справедливости и претворения в жизнь абсолютно нового принципа». Убежденно рассказывает врачу о консерватизме начальства, зависти заинтересованных лиц, обещает «добиться справедливости», добраться до справедливого решения», советуется, куда бы еще написать, собирается ехать в Москву и «пробить свой принцип», «доказать всем, что он не больной», «принести тысячную выгоду государству». Последнее время стал раздражительным, плохо спит, большую часть времени уделяет разбору бумаг, конфликтует в семье.

Вопросы по задаче:

Описать психопатологические симптомы, определить синдром, установить нозологический диагноз, назначить терапию.

Ответ:

Сверхценные идеи изобретательства, стеничное поведение, обусловленное ими.

Параноидное расстройство личности, декомпенсация (F60.02).

Антипсихотическая терапия (атипичные антипсихотики, при неэффективности – традиционные).

Задача № 30. УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Пациент, 23 года, не женат. Направлен к психиатру в связи с чрезмерной медлительностью и нерешительностью. Состояние постепенно ухудшалось на протяжении последних пяти лет. Все больше беспокоили мысли о том, что он может сделать что-то не так или навредить другим людям. Испытывал потребность оценивать свое поведение, чтобы убедиться, что он никому не навредил. Впервые опасения возникли во время обучения. Тогда жил в общежитии и постоянно беспокоился, как бы не спутать свое белье с одеждой других студентов. Боялся, что может потратить взятые займы деньги, хотя на самом деле никогда не брал в долг. Испытывал необходимость постоянно проверять, закрыт ли кран с водой, выключен ли свет, электрические приборы. Часто думал о том, что он может как-нибудь что-то испортить. Проверая различные вещи, тратил так много времени, что ему было некогда учиться, вскоре оставил учебу. Был призван в армию,

где был так занят, что не мог анализировать свое поведение. По возвращении домой потребность все проверять вернулась в еще большей степени, чем прежде. С трудом водил автомобиль. Если рядом с проезжей частью дороги находились люди или животные, останавливался и проверял, не ранил ли он их. Трудоспособность снизилась, так как перед работой он должен был все обдумать, а по окончании – проверить. Зачастую стоял неподвижно, глядя в пол, погруженный в собственные мысли. Во время разговора говорил очень мало, так как застревал на середине предложения и даже середине слова. Должен был обдумать и проверить то, что говорил, прежде чем продолжать. Пытался избавиться от «проверок», однако безуспешно. Постепенно стал терять уверенность в себе, упал духом, стал чувствовать слабость, утратил инициативу. При осмотре выглядит сдержанным, несколько отстраненным, движения и жесты натянуты и неуклюжи. Говорит очень медленно и отвечает на вопросы только после пауз. Настроение несколько снижено. Самооценка низкая. Речь лишена эмоциональной окраски, но в остальном нормальна. В конце разговора еле вышел из комнаты, борясь со стремлением проверить, не забрал ли он с собой чего-либо, что ему не принадлежит.

Вопросы по задаче:

Описать психопатологические симптомы, определить синдром, установить нозологический диагноз, назначить терапию, определить способ профилактики дальнейших ухудшений.

Ответ:

Навязчивые мысли, страхи, сомнения, влечения, ритуалы, тревога, связанное с ними замедление речи и моторики, снижение настроения без витального оттенка.

Синдром навязчивых явлений.

Ананкастное расстройство личности, декомпенсация (F60.52). Психотерапия, при неэффективности – назначение антидепрессантов из группы СИОЗС. В дальнейшем поддерживающая психотерапия.

Задача №31. УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Пациент, 13 лет, учащийся. С детства послушный, спокойный, уравновешенный. Учится только на отлично, серьезно относится к занятиям, много времени уделяет урокам. Любит читать «серьезные книги», политические обзоры в газетах. Пожаловался матери, что мысли возникают вопреки его желанию, вновь и вновь повторяются, мешают заниматься. Например: «Решаю задачу о квадрате, вновь перебираю решение, хотя уже решил её. Думаю, почему квадрат, что будет, если будет прямоугольником, цилиндром, а если – круг? Тогда будет ли он тем же квадратом? Решится ли задача? Иду по дороге и размышляю, почему кирпич лежит здесь, а что было бы, если бы он лежал в другом месте? Тянуло вернуться, еще и еще подумать и думать о кирпиче». Постоянно считает окна второго этажа здания по дороге в школу, складывает номера машин и, если сумма оказывается меньше 14, не может идти дальше, ждет, когда пройдет машина с суммой цифр на номере выше 14. Просит помочь ему избавиться от этого состояния, так как это мешает хорошо учиться, требует «постоянной борьбы».

Вопросы по задаче:

Установить нозологический диагноз, определить тактику обследования и терапии, определить способ профилактики дальнейших ухудшений.

Ответ:

Ананкастное расстройство личности, декомпенсация (F60.52).

Экспериментально-психологическое исследование структуры личности.

Психотерапия, при неэффективности – антидепрессанты (СИОЗС). В дальнейшем поддерживающая психотерапия.

Задача №32. УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-8

Пациент, 37 лет, писатель. По характеру неуверенный в своих силах, сенситивный, с легкой сменой настроения. Сроки издательства требовали быстрого окончания перевода книги. Работал много, увлекался. Возникли разногласия, конфликты, после этого «как-то сдал, хотелось все бросить, уехать». Не мог сосредоточиться на работе, быстро уставал, становился рассеянным, допускал грубые ошибки. Днем работоспособность «упала до нуля», пытался работать вечером, почувствовал себя окончательно разбитым, уставшим, «мысли разбегались, терялись». Чувствовал себя никчемным, безвольным, росло недовольство собой. Нарушился сон, засыпал с трудом, беспокоили сны о прошедшем дне. Чтение художественной литературы утомляло, вызывало раздражение, переживал, что не может работать. Винил себя в безволии, презирал себя за это, «не хотелось жить таким человеком». При осмотре жаловался на вялость, слабость, безволие, плохое настроение, трудное засыпание, поверхностный сон с частыми пробуждениями. Обеспокоен болезнью, тревожится за свое будущее в работе. Называет себя «нытиком», «ипохондриком». Выражение лица грустное, на глазах слезы. Часто говорит, что утратил уверенность в своих силах, творческих возможностях, подвел издательство, товарищей. В беседе быстро истощается, на глазах появляются слезы, замолкает. Взглядом ищет сочувствия и понимания у врача, разубеждения, опасаясь, что у него найдут «тяжелое, неизлечимое заболевание». Успокаивается, приободряется после психотерапевтической беседы.

Вопросы по задаче:

Установить нозологический диагноз, определить тактику обследования и терапии.

Ответ:

Неврастения (F48.0).

Экспериментально-психологическое исследование структуры личности. Соматическое и неврологическое обследование (исключение почвы).

Нормализация режима работы и отдыха, общеукрепляющая терапия, психотерапия.

Задача №33. УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6

Пациент, 48 лет, техник-лесовод. По характеру настойчивый, вместе самолюбивый. Занимаясь измерением стволов деревьев, обратил внимание на зависимость их диаметра от расстояния до опушки леса. Подумал, что если ему удастся вывести формулу, характеризующую эти отношения, то такая формула будет иметь большое значение для вычисления объема древесины. Продолжал наблюдения и спустя некоторое время вывел необходимую формулу. Свои расчеты и статью направил в различные научные журналы, но признания не добился. В рецензиях на его работу указывалось, что тема актуальная, но произведенные расчеты неубедительны и требуют проверки. Остался неудовлетворенным объяснениями, даваемыми в рецензиях. Личные контакты со специалистами также не убедили его в ошибочности полученных данных. Считая отзывы необъективными, стал обращаться во многие организации с требованиями «восстановить справедливость», вел обширную переписку, завел две папки – для входящих и исходящих бумаг. В своих ответах оппонентам выискивал малейшие неточности в выражениях несогласных с ним ученых, видя в них доказательства необъективности оценки, консерватизма, желание уйти от ответственности. Все свободное от работы время составлял бумаги, искал новые доказательства своей правоты. Перестал уделять внимание своим обязанностям, семье. В разговоре с друзьями и домашними постоянно возвращался к вопросу о своем изобретении, выражал свое возмущение, с обидой реагировал на любые возражения. Стал раздражительным, плохо спал.

Вопросы по задаче:

Установить нозологический диагноз, определить тактику обследования и терапии.

Ответ:

Параноидное расстройство личности, декомпенсация (F60.02).

Экспериментально-психологическое исследование (дифференцировка с эндогенным процессом). Соматическое и неврологическое обследование (исключение психопатоподобных состояний).

Антипсихотическая терапия (атипичные антипсихотики, при неэффективности – традиционные).

Задача №34. УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-8, ПК-9

Пациент, 16 лет. Наследственность неотягощена. Родители часто ссорились, каждый из родителей стремился привлечь мальчика на свою сторону: задабривал подарками, обещаниями, перечислял «грехи другого родителя», заставлял следить. «Быстро привык врать, чтобы угодить обоим». Отличался живым нравом, активностью, любил быть в центре внимания ребят, рассказывал им фантастические истории, нравилось, когда ему верили. Учился хорошо, любил «угодить учителям», нередко тайно доносил на товарищей. Хотел быть первым в классе, в школе, во дворе. Особенно хорошо усваивал английский язык, быстро овладел простыми диалогами, часто вводил их в речь на улице, дома. Пробовал заниматься борьбой самбо, мотоспортом, но вскоре бросил. Мечтал стать космонавтом, генералом. Говорил, что намерен поступать в военную академию. Попал в асоциальную компанию подростков, стал выпивать, пропускать занятия. Вступал в случайные половые связи. Обманывал родителей, скрывая прогулы, воровал деньги. Неоднократно задерживался милицией. Решил оставить учебу в школе и устроиться на корабль, уходящий в заграничные рейсы. В стационаре был суетлив, в приподнятом настроении, старался произвести впечатление на персонал. Лжив, претендует на лидерство в отделении среди подростков, быстро освоившись с обстановкой. Склонен переоценивать свои способности, называет себя «один из самых способных в школе», «они обо мне жалеют, тянул на медаль». Уверен, что легко сдаст экзамены на аттестат зрелости, поступит в академию или университет.

Вопросы по задаче:

Установить нозологический диагноз, определить тактику обследования и терапии, определить направление реабилитации.

Ответ:

Истерическое расстройство личности, декомпенсация (F60.42).

Экспериментально-психологическое исследование структуры личности. Соматическое и неврологическое обследование (исключение почвы).

Психотерапия, в том числе семейная и терапия средой. В дальнейшем поддерживающая психотерапия.

Задача №35. УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Пациентка, 27 лет. Росла и развивалась нормально. По характеру спокойная. Впервые заболела в 16 лет, лечилась более 6 месяцев. Отмечалась тоска, отчаянье, была двигательльно заторможена, медлительна, высказывала идеи самообвинения и самоуничтожения, пыталась покончить с собой, отказывалась от пищи, плохо спала. По выздоровлении неплохо себя чувствовала, в течение 11 лет, училась, работала, вышла замуж. Последнее время без видимой причины стала грустной, подавленной, угнетенной, почти перестала разговаривать, отвечала односложно. В отделении заторможена, отказывается от еды, высказывала идеи самообвинения. Ничем не занята, спит в одной позе, глубоко вздыхает. Мимика однообразная, скорбная,

малоподвижная. Плохо спит, отмечает чувство отсутствия сна. Страдает запорами, кожа сухая, зрачки расширены.

Вопросы по задаче:

Установить нозологический диагноз, определить тактику терапии эпизода и дальнейшей терапии, определить способ профилактики дальнейших ухудшений.

Ответ:

Рекуррентное депрессивное расстройство. Тревожно-депрессивный синдром (F33).

Антидепрессанты (СИОЗС, Венлафаксин, Миртазапин, при неэффективности – Амитриптилин).

Назначение нормотимика в интермиссии.

Задача №36. УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Пациент, 32 лет. Наследственность не отягощена. Имеет высшее образование, педагог. Болен в течение двух лет. В беседе формален. Временами неадекватно, по непонятным причинам, озлобляется. С окружающими больными и медицинским персоналом практически не общается. К труду привлечь не удается. В одной из бесед с врачом сообщил: «Находясь в больнице двадцать один месяц, я слышу голоса людей в голове» Они говорят, что я являюсь богом – Лениным. ... Вот и сейчас они говорят, чтобы я говорил всю правду ... чем я занимаюсь. ... Мне сказали, что я являюсь самым ангелом, потому что у меня день ангела и день рождения в один день, а у моей сестры Марии... я окрещен пионером. Жизнь человека будет мною продлена на двести лет, люди омолодятся на тридцать лет, потому что храмы и церкви будут открыты круглосуточно. Голоса говорят, что мой сын Володя родился двенадцатого сентября, поэтому он находится на солнце, вход на солнце с левой стороны, а нам надо построить «свой рай земной – коммунизм».

Вопросы по задаче:

Установить нозологический диагноз, определить тактику обследования и терапии.

Ответ:

Шизофрения, параноидная форма, непрерывно-прогредиентный тип течения. (F20.00). Парафренный синдром.

Экспериментально-психологическое исследование (мышление, эмоционально-волевая сфера).

Антипсихотическая терапия: атипичные антипсихотики (Рисперидон), при неэффективности – традиционные (Галоперидол, Аминазин). При развитии экстрапирамидных побочных эффектов – корректоры (Циклодол, Акинетон).

Задача №37. УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Пациентка, 15 лет. Последний ребенок в семье, единственная девочка, «последняя надежда и радость родителей». С детства ее воспитывали эгоцентрически-гиперсоциально. В подростковом возрасте гиперопека достигла степени подавления всякой самостоятельности и инициативы, за нее все решали и делали родители. В 13 лет девочка стала тяготиться сверхконтролем, появился выраженный интерес к мальчикам. В период становления менструального цикла из худенькой грациальной девочки стала превращаться в полную девушку, что было отмечено её одноклассниками. Стала ограничивать себя в пище, составляла растительные диеты. В 15 лет, почти отказалась от приема пищи. Тревога родителей в связи со значительным исхуданием девочки заставила их обратиться к психиатру.

Вопросы по задаче:

Установить нозологический диагноз, определить тактику ведения, обследования и терапии.

Ответ:

Нервная анорексия (F50.0).

Стационарное лечение (признаки гипотрофии). Экспериментально-психологическое исследование структуры личности. Соматическое и неврологическое обследование (определение характера и степени возможных нарушений).

Психотерапия, при неэффективности – транквилизаторы или мягкие антипсихотики.

Задача №38. УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Пациентка, 64 года. В больницу поступает повторно. Заболела в возрасте 55 лет. Заболевание дебютировала тревожно-депрессивной симптоматикой. В больнице лежит подолгу. Обычно очень тревожна, суетлива, постоянно находится в движении, заламывает руки. Обращается к врачу с просьбой «умертвить» ее, так как она недостойна жить, совершила много грехов, плохо воспитала детей. Из-за нее страдает семья, они голодают, им нечего надеть. Все вокруг знают о ее вине, смотрят на нее с презрением. Плохо спит, отказывается от еды. Под влиянием лечения наблюдаются короткие ремиссии, а затем симптоматика возобновляется с прежней силой.

Вопросы по задаче:

Установить нозологический диагноз, определить тактику терапии эпизода и дальнейшей терапии.

Ответ:

Рекуррентное депрессивное расстройство. Тревожно-депрессивный синдром (F33).

Антидепрессанты (СИОЗС, Венлафаксин, Миртазапин, при неэффективности – Амитриптилин, при неэффективности – добавление атипичного антипсихотика).

Назначение нормотимика в интермиссии.

Задача №39. УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Пациент, 30 лет. Старший брат покончил жизнь самоубийством. Рос и развивался правильно. С детства отличался бойкостью, шумливостью, много читал. После окончания школы несколько раз поступал в различные институты, но вскоре переставал посещать занятия, «предавался развлечениям, знакомствам с женщинами». Трижды был женат, но вскоре «влюблялся в других женщин». Перед госпитализацией был в командировке, где был излишне деятелен, шумлив, появилась повышенная говорливость, веселость, беззаботность. Ходил по различным учреждениям, добивался приема у начальников, заключал договоры, обещал создать музыкальный ансамбль. Посещал рестораны, приглашал случайных знакомых, всех заражал своим весельем, деятельностью. При отказах легко раздражался, стучал кулаком по столу, легко «отходил», обнимал обиженного, просил не сердиться. Вернувшись из командировки, на работе был чрезмерно весел, непродуктивно деятелен, говорлив, подвижен. В отделении весел, лучезарно улыбается, шутит, громко смеется. Говорит без умолка, к вечеру срывает голос. Речь непоследовательная, перескакивает с одной темы на другую. В ходе беседы может запеть, начать танцевать. Называет себя известным актером, аферистом, незаурядной личностью, непревзойденным любовником. Хвастается своими любовными похождениями, вспоминая мельчайшие подробности. Гиперсексуален. В отделении знает всех больных, персонал, вмешивается во все дела, мешая. Возмущается, если отказываются от его помощи. Пытается организовать художественную самодеятельность. Декламирует, танцует, поет, дирижирует, играет. Соматически: худ, бледен, аппетит повышен. Спит 2-3 часа в сутки, не чувствует усталости. Неврологически: без патологических изменений.

Вопросы по задаче:

Установить нозологический диагноз, определить тактику терапии эпизода и дальнейшей терапии, определить способ профилактики дальнейших ухудшений.

Ответ:

Маниакальный эпизод (F30.1).

Антипсихотическая терапия с помощью атипичных антипсихотиков (Кветиапин, Арипипразол, Оланзапин), при повторении эпизодов – нормотимическая терапия (вальпроаты или карбонат лития).

Задача №40. УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Пациент, 42 года, инженер. Однажды в связи с неприятностями на работе почувствовал себя плохо, появилась одышка, боли в области сердца. Диагноз «инфаркт миокарда», поставленный врачом «скорой помощи», в дальнейшем был отвергнут. С этого времени появились тревожные мысли, что он в любой момент может упасть и умереть. Они усиливались, когда большой находился в душном помещении, в большой толпе. Перестал ездить в автобусе, в трамвае – как только закрывались двери вагона, больного охватывал непреодолимый страх смерти. Понимал необоснованность своих опасений. Опасаясь насмешек, долгое время старался скрыть переживания, под разными предлогами уклонялся от присутствия на заседаниях. В дальнейшем появились новые страхи и тревожные мысли. Выходя утром из дома, со страхом думал, что на работе в этот момент по его вине произошла крупная авария. Попытки отогнать эту мысль были безуспешны. С бьющимся сердцем прибегал на завод и убеждался, что там все благополучно. Десятки раз проверял исправность механизмов, выполнение правил безопасности, из-за чего запустил основную работу. Однажды по дороге на завод переходил железнодорожные пути, пришла в голову мысль: если он пройдет под вагоном, то на работе все будет в порядке. В последующем несколько раз проделывал это, хотя и отдавал себе отчет, что между подобным рискованным поступком и опасностью на заводе нет никакой связи.

Вопросы по задаче:

Установить нозологический диагноз, возможный дифференциальный диагноз, определить тактику обследования и терапии, определить направление профилактики дальнейших ухудшений.

Ответ:

Расстройство адаптации (F43.22). Дифференцировать с ананкастным расстройством личности (F60.5).

Экспериментально-психологическое исследование структуры личности. Соматическое и неврологическое обследование (исключение почвы).

Антидепрессивная терапия (СИОЗС с преимущественно седативным действием – Пароксетин, Флувоксамин), при неэффективности – мягкие антипсихотики (Тералиджен, Хлорпротиксен). После улучшения состояния – психотерапия.

Задача №41. УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Пациентка, 52 года. Отец злоупотреблял алкоголем. Мать умерла от рака. Росла болезненным ребенком. Окончила 7 классов и курсы бухгалтера. По характеру стеничная, эгоцентричная, властная, преданная семье. Муж погиб на фронте, самостоятельно воспитала детей. Климакс с 48 лет, в течение года отмечались приливы. В течение последних 3 лет занята воспитанием внука, волнуется о его здоровье, опасается несчастных случаев, любит «больше своих родных детей». Последний год стала плохо спать, появилась раздражительность, слезливость, подозрительность к соседям. После замечания соседки внуку перестала выпускать его на кухню. Дочери рассказала, что соседка «плохая женщина», может причинить вред ребенку, ударить его, чем-нибудь отравить. Вскоре заметила, что соседка «ворует на кухне продукты», «подсыпала стекловату в щи, гуляш».

Вылила приготовленный обед, объяснив «все» дочери, которая с этим согласилась. Стала готовить в комнатах, приносила воду из соседней колонки, чтобы не брать с общей кухни. Убедила дочь сходить на работу соседки и рассказать там о ее «кознях». Заметила «стекловату на полу, кровати», поняла, что соседка подделала ключи от комнат, перестала выходить из дома. Слышала, как соседи «возятся за стеной», «вдувают через вентиляционное отверстие стекловату». Вместе с дочерью обратились в милицию с просьбой оградить их от преследования соседей. Направлены в стационар, где были изолированы друг от друга. При поступлении в стационар А. была встревожена, считала госпитализацию кознями соседей. Убедена, что соседи «решили сжить ее семью со света», особенно опасается за козны с продуктами, с кражами, с подсыпанием «стекловаты». «Стекловата» попадала на кожу, вызывая зуд, изжоги у дочери, насморк у внука.

Дочь взволнована госпитализацией, считает ее ошибочной, а себя здоровой. Доказывает врачу правильность утверждений матери о кознях соседей, преследовании их семьи, ссылаясь на авторитет матери как опытного человека, тонкого психолога, «много повидавшего на своем веку и научившегося разбираться в людях». Соглашается, что редко проверяла те или иные «факты», сообщенные матерью, так как привыкла ей верить. В отделении быстро успокоилась, критически оценила идеи, поняла, что «мать заболела и заразила ее».

Вопросы по задаче:

Установить нозологический диагноз, определить тактику обследования и терапии.

Ответ:

Другие хронические бредовые расстройства (инволюционный параноид), галлюцинаторно-параноидный синдром (F22.8).

Соматическое и неврологическое обследование (исключение почвы).

Антипсихотическая терапия: атипичные антипсихотики (Рисперидон), при неэффективности – традиционные (Галоперидол, Аминазин). При развитии экстрапирамидных побочных эффектов – корректоры (Циклодол, Акинетон).

Задача №42. УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Пациент, 25 лет. В юности больным был одержим идеей стать великим музыкантом, сидел в одиночестве в своей комнате, часами играя на гитаре. В присутствии других играть не нравилось, был равнодушен к похвалам или критике. На общение не оставалось времени, не интересовался девушками, не имел друзей. Незадолго до госпитализации внезапно набросился на мать и жестоко бил ее, пока не остановил старший брат. В течение следующей недели агрессивные вспышки повторялись. Несколько раз грозился покончить с собой. Объяснял агрессию тем, что мать хочет навредить ему, и что он получил приказ от чуждой силы бить мать. После вспышки замыкался в себе, погружаясь в собственные мысли, изредка говорил сам с собой, даже когда вокруг были другие люди. Иногда у родственников возникало впечатление, что он слышит голоса. Говорил старшему брату, что опасается напасть на кого-либо постороннего или убить себя, утратив контроль над своими действиями. В отделении напряжен, говорит быстро и возбужденно, беспорядочно размахивая руками. Речь время от времени становится непоследовательной и непонятной. Поверхностно и неадекватно улыбается. Аффект уплощенный, с внезапными взрывами гнева, когда пациент говорит о своей матери. Говорит, что мать хотела его убить. Боялся, что его ум может быть отнят чуждой силой и отправлен на другую планету. Объясняет, что его мысли контролируются этой силой, которая приказывает бить других людей. Чуждая сила, кроме того, обсуждает его ситуацию. Они сообщают, что его мать хочет его смерти, и приказывают убить ее. За несколько дней до поступления в больницу появилась мысль убить себя, чтобы не дать возможность чуждой силе захватить полностью контроль над собой.

Вопросы по задаче:

Установить нозологический диагноз, определить тактику обследования и терапии.

Ответ:

Шизофрения, параноидная форма, непрерывно-прогредиентный тип течения. (F20.00). Синдром психического автоматизма.

Экспериментально-психологическое исследование (мышление, эмоционально-волевая сфера).

Антипсихотическая терапия: атипичные антипсихотики (Рисперидон), при неэффективности – традиционные (Галоперидол, Аминазин). При развитии экстрапирамидных побочных эффектов – корректоры (Циклодол, Акинетон).

Задача №43. УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Пациентка, 30 лет. Дядя по линии матери страдал умственной отсталостью, двоюродный брат – психастенией. Развивалась нормально. Всегда веселая, жизнерадостная, энергичная, подвижная. В возрасте 25 лет и 30 лет перенесла приступы с переживанием чувства тоски. Пыталась покончить с собой. Последний месяц стала плохо работать, делала ошибки, плохо спала. Стала задумчивой, медлительной, не справлялась с домашними работами, не успевала. Родным говорила, что она лентяйка, «распутная женщина», она не достойна мужа и детей. Считает, что все презирают ее. Держится одиноко.

Вопросы по задаче:

Установить нозологический диагноз, определить тактику терапии эпизода и дальнейшей терапии.

Ответ:

Рекуррентное депрессивное расстройство. Тревожно-депрессивный синдром (F33).

Антидепрессанты (СИОЗС, Венлакафсин, Миртазапин, при неэффективности – Амитриптилин).
Назначение нормотимика в интермиссии.

Задача №44. УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Пациент, 24 года. Госпитализирован повторно. На протяжении предшествующего года становился все более замкнутым, утверждал, что чувствует, как его коллеги постоянно наблюдают за ним и говорят о нем. С трудом концентрировался на работе. На улице замечал, что люди обращают на него внимание, подозревают, что он гомосексуалист. Было чувство, что телефон прослушивается. В комнате слышал своих соседей, разговаривающих о том, что он делает и думает: «Сейчас он снова идет в туалет, он определенно гомосексуалист, мы должны попытаться избавиться от него». Перестал работать, был уволен. После этого закрылся в квартире и выходил только с наступлением темноты. Чувствовал, что соседи подключают электричество к его гениталиям, переехал в другую квартиру. Но и там слышал голоса соседей и чувствовал их воздействие.

Вопросы по задаче:

Установить нозологический диагноз, определить тактику обследования и терапии, определить способ профилактики дальнейших ухудшений.

Ответ:

Шизофрения, параноидная форма, непрерывно-прогредиентный тип течения. (F20.00). Галлюцинаторно-параноидный синдром.

Экспериментально-психологическое исследование (мышление, эмоционально-волевая сфера).

Антипсихотическая терапия: атипичные антипсихотики (Рисперидон), при неэффективности – традиционные (Галоперидол, Аминазин). При развитии экстрапирамидных побочных эффектов – корректоры (Циклодол, Акинетон). Диспансерное наблюдение в ПНД по месту жительства.

Задача №45. УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8

Пациент, 19 лет. Длительное время находился в стационаре в состоянии ступора. Затем внезапно пришел в сильное возбуждение. Сбрасывает с себя одежду, белье, обмотал голову полотенцем. Выражение лица хмурое, на окружающих обращает мало внимания. Все время крутит головой, причудливо изгибается, хлопает себя ладонями по груди, плюет на соседа. Все это больной продельвает молча, не произнося ни слова. Привлечь внимание больного почти не удается. При попытке одеть его, накормить со злобой отталкивает от себя санитаров. Однако принесенную ему пищу съел с жадностью, предварительно перемешав компот с мясным блюдом.

Вопросы по задаче:

Установить нозологический диагноз, определить тактику обследования и терапии.

Ответ:

Шизофрения, кататоническая форма. (F20.2). Люцидная кататония, состояние возбуждения.

Экспериментально-психологическое исследование (мышление, эмоционально-волевая сфера).

Атипичные антипсихотики с преимущественным влиянием не на дофаминовые рецепторы (Кветиапин, Оланзапин), бензодиазепиновые транквилизаторы.

Задача №46. УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Пациентка, 22 года. Поступила в психиатрический стационар в состоянии сильного психомоторного возбуждения. Поминутно вскакивает с постели, кричит, плюется, стучит кулаками о стену, нападает на других больных и пытается их ударить.

В постели все время крутится, то обнажается, сбрасывает с себя одежду, то натягивает на голову одеяло, бьет себя кулаками по голове, рвет постельное белье. Большею частью все это продельвает молча, выражение лица сумрачное, озлобленное. На вопросы то не отвечает, то начинает со злобой нецензурно браниться. Повторяет движения других людей (поднимает руку, хлопает в ладоши). Временами, наряду с двигательным возбуждением, начинает без умолка говорить, в речь без всякого смысла включает слова и фразы, услышанные из разговора окружающих: «Уберите Аминазин, в постели можете курить на голодный желудок, я вам сказала, чтобы психов гнать отсюда. Бросьте издеваться, я сама вам покажу, хоть вы кривые, а я косая, инъекцию Галоперидола закатите на стол, я вся тут перемажусь, как свинья» и т.д.

Вопросы по задаче:

Установить нозологический диагноз, определить тактику обследования и терапии.

Ответ:

Шизофрения, кататоническая форма. (F20.2). Люцидная кататония, состояние возбуждения.

Экспериментально-психологическое исследование (мышление, эмоционально-волевая сфера).

Атипичные антипсихотики с преимущественным влиянием не на дофаминовые рецепторы (Кветиапин, Оланзапин), бензодиазепиновые транквилизаторы.

Задача №47. УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Пациентка, 30 лет. Наследственность неотягощена. По характеру была замкнутой, малообщительной, близких подруг не имела, любила быть справедливой, много читала. Во время туристической поездки на

пароходе повысилось настроение, много пела, смеялась, организовывала отдыхающих, хотела быть их «гидом в путешествии». Из иллюминатора увидела плывущих за пароходом крыс, испугалась. В одном из городов отстала от группы, садилась в чужие машины, приставала к прохожим, предлагала незнакомым мужчинам пойти в ресторан, в гостиницу. Обнаженная позировала на площади. Была задержана милицией. Говорила, что она «представитель марсиан на Земле», принимает участие в запусках космических кораблей, улетает на Марс. Была возбуждена, говорила что-то непонятное, не понимала, где она находится. Доставлена в психиатрическую больницу. В отделении подвижна, многоречива, неадекватно улыбается, громко отвечает на вопросы. Ориентируется неточно, путает дату, месяц, заявляет, что находится то на Марсе, то в больнице. Утверждает, что ее мысли известны окружающим, и вокруг разыгрываются сцены, в которых участвуют мать и отец. Внезапно выражение лица становится «зачарованным», взгляд рассеянным, внимание не сосредоточенным. В это время произносит отдельные слова, из которых следует, что она считает себя находящейся на Марсе, вокруг нее «голубые марсиане», «звездные корабли», на нее действуют гипнозом. После проведенного лечения, через три месяца, выписана с практическим выздоровлением.

Вопросы по задаче:

Установить нозологический диагноз, определить тактику обследования, терапии приступа и дальнейшей терапии, определить направление профилактики дальнейших ухудшений.

Ответ:

Шизоаффективное расстройство, маниакальный тип. (F25.0). Онейроидно-кататонический синдром.

Экспериментально-психологическое исследование (мышление, эмоционально-волевая сфера).

Атипичные антипсихотики (Кветиапин, Оланзапин, Арипипразол), бензодиазепиновые транквилизаторы.

Стабилизирующая терапия (нормотимики либо атипичные антипсихотики).

Задача №48. УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Пациентка, 50 лет, уборщица. Менструации с 18 лет, прекратились в 43-летнем возрасте. Замуж вышла в 22 года. Трое детей и муж погибли в войну. В 1948 г. умер сын от туберкулеза легких. Потеряв последнего сына, много плакала, считала себя прямой виновницей его смерти. Окружающие заметили перемену в ее характере. Стала угрюмой, раздражительной, подозрительной, вступала в конфликты с соседями, обвиняла их в плохом отношении к ней, затем со слезами просила у них прощения за грубость. Боялась отравления, перестала готовить пищу на общей кухне. Вскоре тревога усилилась. Сослуживцам на работе заявляла, что она «великая грешница» и недостойна находится среди «славных людей». В психиатрической клинике заявляла, что слышит «голоса», рассказывающие о ее прошлой жизни. Они упрекают ее, называют неприличными словами, говорят: «хищница», «убийца», «кровопийца». Говорит о себе: «Я хуже зверя лютого», «ничтожество», «воровка», «блудница», «змея подколотная», «меня нужно на куски разрезать и отдать на съедение волкам голодным». Угнетена, мимика скорбная, целыми днями стоит в позе «кающейся грешницы», бьется головой об пол. Временами суеглива, ползает на четвереньках, целует полы халата у персонала, отказывается от еды, плохо спит. Физическое состояние: большая пониженного питания, кожа сухая, подкожный жировой слой выражен слабо. Тоны сердца глухие. Наклонность к запорам. Вазомоторная лабильность.

Вопросы по задаче:

Установить нозологический диагноз, определить тактику обследования и терапии.

Ответ:

Другие хронические бредовые расстройства (инволюционный параноид), галлюцинаторно-параноидный синдром (F22.8).

Соматическое и неврологическое обследование (исключение почвы).

Антипсихотическая терапия: атипичные антипсихотики (Рисперидон), при неэффективности – традиционные (Галоперидол, Аминазин). При проявлении депрессии – добавление антидепрессантов седативного ряда.

Задача №49. УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Пациент, 17 лет. Отец злоупотреблял алкоголем; злой, раздражительный, грубый. Мать мнительная, чувственная. В детстве развивался нормально. Учился на отлично. Всегда был робок, застенчив, обидчив, обидами ни с кем не делился. Предпочитал уединение с книгой. Нередко родные заставляли его после прочтения очередной книги о чем-то мечтающим, задумчивым. В 9-м классе резко понизилась успеваемость, хотя так же подолгу просиживал за подготовкой к занятиям. Учителя говорили, что стал аморфно высказывать свои мысли, отказывается от ответа. Большой пояснил, что «мысли куда-то уходят, отвлекаются, не может сосредоточиться». Все так же много читал, но круг интересов изменился: стал прочитывать собрания сочинений русских классиков от первого до последнего томов, интересовался библией, философией. Вечерами делал из этих книг какие-то выписки в общую тетрадь, не разрешая читать ее родным. Стал жаловаться на головную боль, быструю утомляемость, колебания настроения без повода и «как бы отдельно от меня». Изменилось отношение к родным: мог накричать на мать, обругать ее, как-то пообещал убить, если она будет мешать ему заниматься изучением классиков. При беседе с психиатром сообщил, что стремится разобраться «в целях жизни и предназначении человека». Переживания раскрывает неохотно, отрывочно, иногда злобно предполагает «узнать все у мамочки, которая так воспитала». В отделении ни с кем не общается, отказывается от прогулок, объясняя, что не может «растрачивать зря время, данное на познание». Груб с матерью, если она на свидании не

принесла очередной том классика, требует у нее передачу, пока она не выполнит его требований. Планы на будущее неопределенны, расплывчаты: «О чем думать, если я еще не закончил познание».

Установить нозологический диагноз, определить тактику обследования и терапии.

Ответ:

Шизофрения, простая форма. (F20.6). Апатобулический синдром.

Экспериментально-психологическое исследование (мышление, эмоционально-волевая сфера).

Атипичные антипсихотики (Кветиапин, Оланзапин).

Задача №50. УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Пациент, 16 лет. Мать перенесла послеродовой психоз. Отец болен шизофренией, инвалид I группы, находится в психоневрологическом интернате. Больной по характеру тихий, стеснительный, рос одиноким, друзей не имел. В последних классах школы резко снизилась успеваемость, перестал заниматься, дома целыми днями лежал на диване, ничем не интересовался. В отделении: на вопросы отвечает односложно, нередко ответы: «не помню, не знаю», некоторые вопросы игнорирует. С окружающими не общается. Бесцельно бродит по отделению, в труд включить не удается. Пытается ходить босиком по полу. Безразлично относится к помещению в больницу, при посещении матери равнодушно берет еду и сразу уходит. Жалоб, желаний не высказывает. Эмоций не проявляет. Бреда и обманов чувств не выявлено.

Вопросы по задаче:

Установить нозологический диагноз, определить тактику обследования и терапии.

Ответ:

Шизофрения, простая форма. (F20.6). Апатобулический синдром.

Экспериментально-психологическое исследование (мышление, эмоционально-волевая сфера).

Атипичные антипсихотики (Кветиапин, Оланзапин).

Задача №51. УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Пациентка, 46 лет, проживает одна в коммунальной квартире. С мужем в разводе, детей нет. Менопауза с 42 лет. Последние годы стала замечать, что в ее отсутствие в комнату кто-то проникает. Видела, что вещи переставлены, белье в шкафу лежит не в том порядке. Замечала, что подпоролы подкладку пальто, отбиты кусочки эмали на кастрюле. Несмотря на то, что за короткое время поменяла пять замков, в квартиру продолжили проникать. Подозревает, что сосед, слесарь, пользуется отмычками, терроризирует ее с целью выжить из квартиры. Неоднократно чувствовала особый вкус и запах у пищи, по ночам «как будто газ шел из замочной скважины». Поняла, что ее хотят убить, обратилась за помощью в милицию, где была осмотрена психиатром, после чего госпитализирована.

Вопросы по задаче:

Установить нозологический диагноз, определить тактику обследования и терапии.

Ответ:

Другие хронические бредовые расстройства (инволюционный параноид), галлюцинаторно-параноидный синдром (F22.8).

Соматическое и неврологическое обследование (исключение почвы).

Антипсихотическая терапия: атипичные антипсихотики (Рisperидон), при неэффективности – традиционные (Галоперидол, Аминазин).

Задача №52. УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Пациентка, 35 лет, инженер. По характеру сензитивная, мнительная, имела повышенный интерес к своему здоровью. После прослушивания популярной лекции о раке «запала в память вирусная теория рака», постоянно возникали мысли о возможности заражения, «мысли не отпускали, мучили, мешали». Внезапно узнала у подруги, что ее мать больна раком. Почувствовала себя плохо, испытывала страх, быстро ушла домой, где долго мыла руки, «пока не успокоилась». Вскоре страх стал возникать после каждого прикосновения подруги, боялась заразиться раком, «мысли не исчезали, преследовали, мучил страх». Пользовалась любым предлогом, чтобы вымыть руки. Через месяц стала испытывать страх при прикосновении и других людей к её рукам. Позже перестала пользоваться предметами, если ими пользовался сослуживец с «грязными руками». Понимает всю необоснованность, нелепость своих страхов. Самостоятельно обратилась с просьбой о лечении.

Вопросы по задаче:

Установить нозологический диагноз, определить тактику обследования и терапии.

Ответ:

Расстройство адаптации (F43.22).

Экспериментально-психологическое исследование структуры личности. Соматическое и неврологическое обследование (исключение почвы).

Антидепрессивная терапия (СИОЗС с преимущественно седативным действием – Пароксетин, Флувоксамин), при неэффективности – мягкие антипсихотики (Тералиджен, Хлорпротиксен). После улучшения состояния – психотерапия.

Задача №53. УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5

Пациентка, 24 года, бухгалтер. В психиатрическом отделении большую часть времени сидит на кровати, ничем не занимаясь. При любом шуме, приближении постороннего человека съеживается, в растерянности озирается по сторонам, бессмысленно тараща глаза. В разговор сама не вступает, смотрит на собеседника с выражением страха и детской наивности. На вопросы отвечает тихим голосом, по-детски шепелявит, растопыривает пальцы на руках и с любопытством их разглядывает. Почти никаких сведений о жизни и состоянии здоровья выявить не удается. Из беседы с больной:

Врач: Как Вас зовут?

Больная: Оля.

Врач: Сколько Вам лет?

Больная (после минутной задержки): Семь... Восемь...

Врач: Где вы сейчас находитесь?

Больная: Не знаю... Наверное, в больнице.

Врач: Как вы думаете, что это за люди? Что они здесь делают? (Указывает на других врачей, медсестер)

Больная: Не знаю... Тетеньки... Дяденьки.

Врач: Вы ведь работаете бухгалтером, значит, Вы должны хорошо считать. Отнимите, пожалуйста, от 100 восемь. Сколько получится?

Больная: Не знаю... (После настойчивой просьбы врача начинает считать, при этом загибает пальцы и шевелит губами.) Три...

В присутствии врача в поведении усиливаются подчеркнутая наивность, детская беспомощность, растерянность. В обращении с младшим медицинским персоналом больная груба, оказывает сопротивление при выполнении лечебных процедур. На свидании с мужем, с которым больная поссорилась перед началом заболевания, молчит, смотрит с выражением обиды, спросила у него о здоровье детей.

Вопросы по задаче:

Установить нозологический диагноз, определить тактику терапии.

Ответ:

Истерический реактивный психоз (F44).

Психотерапия, в том числе семейная, транквилизаторы, мягкие антипсихотики.

Задача №54. УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Пациентка, 32 года. После гриппа в течение двух недель чувствовала себя слабой, разбитой, быстро утомлялась, была не в состоянии справиться даже с привычной домашней работой. Постоянно ложилась отдохнуть, просила её не беспокоить, раздражалась, плакала, когда дети шумно шалили, требовала выключить телевизор, радиоприемник, так как не переносила шума. Последнюю неделю жалоб не предъявляет. Активно берется за домашние дела, помогает детям учить уроки, но быстро утомляется, раздражается, плачет, а через час-два отдыха вновь весела, шумлива, деятельна, суетится, всем мешает. Во время беседы с врачом оживлена, застенчиво улыбается, легко поддерживает разговор. Просит извинить своего мужа, будто он оторвал врачей от работы, так как она здорова и чувствует себя великолепно. Болтлива, по собственной инициативе рассказывает о взаимоотношениях с мужем, не стесняется интимных подробностей, поясняя, что врач должен все знать. Просит говорить тихим голосом, потому что шум её раздражает, вызывает недовольство, слезы. Быстро истощается в беседе, замолкает, затем вновь шутит, смеется, предлагает послушать анекдот.

Вопросы по задаче:

Установить нозологический диагноз, определить тактику терапии, дальнейшего наблюдения и реабилитации.

Ответ:

Гипомания (F30.0).

Транквилизаторы, при неэффективности – мягкие антипсихотики. Общеукрепляющая терапия (соматогенный фактор).

Наблюдение за состоянием настроения (дифференцировать в аффективном расстройством).

Задача №55. УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Пациентка, 50 лет, рабочая. Отец умер в 70 лет от инфаркта миокарда. В молодости злоупотреблял алкоголем. Матери 75 лет, больна гипертонической болезнью. Развивалась нормально. Окончила 6 классов. Замуж вышла в 19 лет, но через 10 лет развелась, одна воспитала двоих детей. Около 1,5 лет назад появились перебои в менструальном цикле. С этого же времени стала тревожной, подозрительной, малообщительной. Волновалась при получении ордера, беспокоилась, что ей достанется плохая комната. Вселившись, стала замечать, что соседки воруют, пользуются ее вещами. В ее отсутствие подбирают ключи, проникают в комнату, портят белье, уносят вещи, подменяя их другими, похожими. Меняла замки в квартире, делала пометки, но «кражи продолжались». Постоянно ссорилась с соседями, писала заявления в милицию. Боялась, что за ней будут следить, обидят. При виде мужчин, особенно разговаривающих между собой, стал появляться страх за свою жизнь. Боялась, что ее убьют, зарежут. Нарушился сон, не выходила из дому, почти ничего не ела. В отделении: легко вступает в беседу с врачом, с больными. Возмущена действиями соседей, недовольна госпитализацией. Упорядочена в поведении. Убедена, что соседи обкрадывали, избивали ее, хотели завладеть квартирой, подговаривали хулиганов следить за ней, убить.

Вопросы по задаче:

Установить нозологический диагноз, определить тактику обследования и терапии.

Ответ:

Другие хронические бредовые расстройства (инволюционный параноид), галлюцинаторно-параноидный синдром (F22.8).

Соматическое и неврологическое обследование (исключение почвы).

Антипсихотическая терапия: атипичные антипсихотики (Рисперидон), при неэффективности – традиционные (Галоперидол, Аминазин). При проявлении депрессии – добавление антидепрессантов седативного ряда.

Задача №56. УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Пациентка, 43 года, домохозяйка. Переведена в психиатрическое отделение из неврологического, где находилась третий раз за полгода в связи с подозрением на опухоль мозга. Последние восемь месяцев беспокоили головные боли, головокружение, слабость. Тщательное обследование не выявило никаких отклонений. Сразу же почувствовала облегчение, но уверенности в здоровье не было: думала, что обследован не весь мозг. В связи с настойчивыми жалобами была направлена на повторное обследование. Как будто бы согласилась с благоприятными результатами, но через несколько дней после выписки вновь появились мысли о том, что у нее злокачественная опухоль. Не могла ни о чем думать, строила планы похорон. Дома говорила только о своем здоровье, не могла выполнять работу по дому, большую часть времени лежала. Просила врача госпитализировать в неврологическое отделение. Настроение резко снизилось, утратила всякую надежду, говорила о суициде, чтобы избежать страданий. С трудом засыпала, ничего не ела, считала, что смерть её близка. Тщательное обследование не выявило никаких отклонений. Рыдала, была демонстративна. В отделении: выглядит разочарованной, повторяет, что убеждена в ошибочности обращения к психиатру, у нее точно нет психического расстройства. Согласилась, что в последнее время у нее было плохое настроение, ощущала слабость и утратила веру в будущее из-за имеющейся опухоли мозга. Была полностью ориентирована, без признаков нарушения интеллекта.

Вопросы по задаче:

Установить нозологический диагноз, определить тактику терапии, определить способ профилактики дальнейших ухудшений.

Ответ:

Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод средней степени с соматическими симптомами (F33.11).

Антидепрессанты (СИОЗС, Венлафаксин, Миртазапин, при неэффективности – Амитриптилин, при неэффективности – добавление атипичного антипсихотика).

Назначение нормотимика в интермиссии.

Задача №57. УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Пациентка, 26 лет, медицинская сестра. На протяжении пяти лет стали появляться приступы: ночью просыпается, идет на кухню и начинает поедать все продукты, попадающиеся ей под руку. Останавливается через час-два либо если не может больше найти пищи. Перед приступом чувство выраженного напряжения, после – расслабление в сочетании с чувством стыда и отчаяния. За год до обращения частота приступов увеличилось до двух-трех в неделю. Обычно вставала ночью после нескольких часов сна. После переедания чувствовала, что объелась, но рвоты никогда не было. Вес был нестабильным, пыталась поддерживать его в пределах нормы с помощью голодания между приступами переедания. Отрицательно относилась к полноте, но при этом никогда не была стройной. С работой пациентка справлялась хорошо. Приступы переедания привели к отчаянию. Решила покончить с собой, приняв большую дозу снотворных таблеток. Направлена к психиатру с подозрением переедания в связи с депрессией. При осмотре выглядит спокойной и сдержанной. Настроение слегка снижено, заплакала, описывая свои трудности. Расстройств психотического уровня отмечено не было.

Вопросы по задаче:

Установить нозологический диагноз, определить тактику обследования и терапии.

Ответ:

Нервная булимия (F50.2).

Экспериментально-психологическое исследование структуры личности. Соматическое и неврологическое обследование (исключение соматоэндокринных и органических причин).

Психотерапия, при неэффективности – транквилизаторы или мягкие антипсихотики.

Задача №58. УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Пациентка, 50 лет, рабочая. Отец умер в 70 лет от инфаркта миокарда. В молодости злоупотреблял алкоголем. Матери 75 лет, больна гипертонической болезнью. Развивалась нормально. Окончила 6 классов. Замуж вышла в 19 лет, но через 10 лет развелась, одна воспитала двоих детей. Около 1,5 лет назад появились перебои в менструальном цикле. С этого же времени стала тревожной, подозрительной, малообщительной. Волновалась при получении ордера, беспокоилась, что ей достанется плохая комната. Вселившись, стала замечать, что соседки воруют, пользуются ее вещами. В ее отсутствие подбирают ключи, проникают в комнату,

портят белье, уносят вещи, подменяя их другими, похожими. Меняла замки в квартире, делала пометки, но «кражи продолжались». Постоянно ссорилась с соседями, писала заявления в милицию. Боялась, что за ней будут следить, обидят. При виде мужчин, особенно разговаривающих между собой, стал появляться страх за свою жизнь. Боялась, что ее убьют, зарежут. Нарушился сон, не выходила из дому, почти ничего не ела. В отделении: легко вступает в беседу с врачом, с больными. Возмущена действиями соседей, недовольна госпитализацией. Упорядочена в поведении. Убедена, что соседи обкрадывали, избивали ее, хотели завладеть квартирой, подговаривали хулиганов следить за ней, убить.

Вопросы по задаче:

Установить нозологический диагноз, определить тактику обследования и терапии.

Ответ:

Другие хронические бредовые расстройства (инволюционный параноид), параноидный синдром (F22.8). Соматическое и неврологическое обследование (исключение почвы).

Антипсихотическая терапия: атипичные антипсихотики (Рисперидон), при неэффективности – традиционные (Галоперидол, Аминазин).

Задача №59. УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Пациентка, 40 лет. Отец имеет тревожно-мнительный характер. Мать властная, энергичная, настойчивая, вспыльчивая, неуравновешенная, в 62 года заболела инволюционной меланхолией, находилась на лечении в психиатрической больнице. У одного брата матери олигофрения, у второго – психастения. Развивалась нормально, была веселой, подвижной, энергичной. Имела шесть беременностей (пять аборт, один роды). После родов перенесла приступ депрессии. Месяц назад стало трудно работать, делать ошибки, была задумчивой, тревожной, не спала, мало ела. Считала себя преступницей, просила прощения у родителей. Была помещена в больницу. Слышит детские крики за стеной, считает, что из-за нее убивают детей. Память не нарушена. Мышление крайне замедлено, говорит тихим голосом, ответы дает после длительной паузы, односложные. Высказывает идеи самообвинения, самоуничужения. Считает себя плохой матерью, «распутной» женщиной, лентяйкой, всю жизнь плохо работавшей, недостойной находится в больнице, говорит, что врачи ее презирают, она не должна есть, так как она этого не заслужила. Настроение депрессивное. Мимика скорбная. Два раза пыталась совершить самоубийство, наносила себе повреждения. Отказывалась от еды. Двигательно заторможена. Рано просыпается.

Вопросы по задаче:

Установить нозологический диагноз, определить тактику обследования и терапии.

Ответ:

Другие устойчивые (хронические) расстройства настроения (инволюционная депрессия), (F34.8). Соматическое и неврологическое обследование (исключение почвы).

Сочетание антидепрессивной (СИОЗС с седативным действием – Венлафаксин, Миртазапин, при неэффективности – Амитриптилин) и мягкой антипсихотической терапии (атипичные антипсихотики).

Задача №60. УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Пациент, 17 лет. Тетка по линии матери больна шизофренией. В детстве отличался бойким, веселым характером. Успешно учился в школе до 4-го класса. В 4-м классе отмечался «период лени», «невозможно было заставить делать уроки», сидел пасмурный, капризный, плохо ел. Позже «взялся за ум», продолжал успешную учебу. В 9-м классе вновь осенью «период лени», терял в весе, плохо ел. В настоящее время студент университета. Последний месяц плохо спит, утром встает разбитым, подавленным. Врачу рассказал: «На занятиях сижу, как чурбан, безразличный к окружающему. Мысли о никчемности, неспособности, иногда раздумываю, что занял место более достойного юноши, из которого в будущем выйдет хороший специалист. Меня же ничего хорошего в жизни не ждут. Я не нашел своего места в жизни, никому не интересен, ничего не знаю, ничего не умею. Растерял все свои знания, способности, плохо работал над собой, не умею работать над книгой, слушать лекции. Занятия кажутся неинтересными. Что-то со мной происходит. Настроения нет, нет интереса к жизни, к учебе. Возникают мысли уйти из жизни. Не делаю этого, потому что не хочу огорчать мать, мало она со мной намучалась, настрадалась, из-за меня загубила свою жизнь».

Вопросы по задаче:

Определить круг возможных нозологических диагнозов, определить тактику обследования и терапии.

Ответ:

Шизотипическое расстройство, неврозоподобный тип (F21.3), рекуррентное депрессивное расстройство (F33.1).

Экспериментально-психологическое исследование (структура мышления, эмоции, мотивация)

Сочетание антидепрессивной (СИОЗС с седативным действием) и мягкой антипсихотической терапии (атипичные антипсихотики).

5.5. КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ СИМУЛЯЦИОННОГО КУРСА

Сценарий № 1. Утопление (УК-1, ПК-7, ПК-12)

На берегу реки лежит мальчик 7 лет, извлечен из воды, где находился около 5 минут. На улице +2 градуса Цельсия. (участники – прохожие на улице)

Жалобы: самостоятельно не предъявляет

Объективные данные. Ребенок без сознания. Пульса нет, дыхания нет. Одежда и кожа мокрая, холодная.

Неотложные лечебно-диагностические манипуляции:

1. очистить дыхательные пути;
2. немедленно начать закрытый массаж сердца и искусственную вентиляцию легких;
3. вызвать скорую помощь;
4. по прибытии «скорой помощи» выполнить оценку ЭКГ;
5. при фибрилляции желудочков выполнить 3 дефибрилляции (2-4-4 Дж/кг).
6. пациент должен быть вытерт насухо, в противном случае на коже появляются ожоги при дефибрилляции;
7. после восстановления ритма перенести ребенка в машину «скорой помощи»;
8. в ходе транспортировки проводить согревание ребенка.

Ход сценария.

При первичной оценке ритма – ЭКГ-1.1

При правильном проведении закрытого массажа сердца и искусственной вентиляции легких через 5 минут – ЭКГ-1.2, пульс на центральных артериях отсутствует.

При дальнейшем продолжении закрытого массажа сердца и искусственной вентиляции легких через 5 минут – ЭКГ-1.3.

При правильном выборе уровня энергии после 3 дефибрилляций – ЭКГ-1.4. Пульс на сонной артерии – 40 в минуту.

При неверных действиях – восстановления сердечной деятельности не происходит.

ЭКГ – 1.1 Асистолия

ЭКГ – 1.2 Электромеханическая диссоциация

ЭКГ – 1.3 Фибрилляция желудочков

ЭКГ – 1.4 Синусовая брадикардия

Сценарий № 2. Политравма. Сотрясение головного мозга. Открытый перелом костей голени. Артериальное кровотечение. (УК-1, ПК-7, ПК-12)

На проезжей части лежит подросток 16 лет. Очевидцы рассказывают, что пострадавший ехал на скутере, врезался в стоящий КАМАЗ на скорости около 40 км/ч. (участники - прохожие на улице)

Жалобы: на вопросы не отвечает.

Объективные данные: состояние тяжелое, сознание отсутствует, глаза не открывает, зрачки узкие, очаговой симптоматики нет. Множественные ссадины и кровоподтеки на лице и на теле.

Кожные покровы бледные, холодные в дистальных отделах конечностей. Время капиллярного наполнения – 5 секунд.

Пульс нитевидный с частотой около 150 в минуту. АД 90/70. Тоны сердца ритмичные. Визуально – дыхание поверхностное с частотой около 26 в минуту. Аускультативно – проводится во все отделы легких, хрипов нет. Живот мягкий, симметричный, участвует в акте дыхания, на пальпацию пациент не реагирует.

Местный статус: левая голень в нижней трети испачкана кровью. Имеется деформация конечности, крепитация костных отломков. Из раны поступает кровь алого цвета.

Неотложные лечебно-диагностические манипуляции:

1. Оценка состояния
2. Остановка кровотечения
3. расчет шокового индекса, индекса циркуляции
4. Вызов «скорой помощи»
5. Обезболивание местно (лидокаин 3,5 мг/кг)
6. Иммобилизация левой нижней конечности
7. Иммобилизация шейного отдела позвоночника
8. Обеспечение сосудистого доступа, начало инфузии
9. По прибытии «скорой помощи» введение обезболивающих средств (наркотических)
10. Транспортировка пострадавшего в стационар.

Сценарий № 3. Отравление метиловым спиртом. (УК-1)

В приемное отделение многопрофильного стационара родители привезли мальчика, 10 лет (вес – 30 кг) (участники – интерны).

Жалобы: боли в животе, сухость во рту, жажда, двоение в глазах.

Анамнез болезни: вечером предыдущего дня ребенок поужинал, лег спать. Ночью проснулся, была обильная рвота съеденной пищей, потом позывы на рвоту, боли в животе. С утра – обильный жидкий стул. Рассказал родителям, что во время прогулки приятели угостили его каким-то напитком с приятным запахом голубого цвета, довольно резкий на вкус. Выпил 0,5 стакана жидкости.

Анамнез жизни. Ребенок рос и развивался по возрасту. Привит по календарю. На диспансерном учете не состоит.

Аллергологический анамнез: аллергия на коровье молоко.

Объективные данные. Состояние средней тяжести. Ребенок заторможен, сонлив. Кожные покровы сухие, слизистые слегка цианотичны.

Пульс 140 в мин, АД 100/60. Тоны сердца ритмичные, шумов нет.

ЧД 22 в мин. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет.

Живот мягкий, вздут, болезненный в околопупочной области, участвует в акте дыхания. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

С утра не мочился.

Неотложные лечебно-диагностические манипуляции:

1. промывание желудка, назначение активированного угля
2. назначение слабительных и очистительной клизмы
3. обеспечение сосудистого доступа
4. анализ крови на токсины (метиловый спирт)
5. введение этилового спирта (перорально 50% раствор и внутривенно 1-10% раствор этанола, общим объемом до 600 мг/кг)
6. начало инфузионной терапии (форсированный диурез)
7. раствор 4% бикарбоната натрия 200 мг/кг (150 мл соды)
8. постановка мочевого катетера (получено 25 мл мочи)
9. проведение гемодиализа
10. госпитализация в отделение реанимации.

Обследование в приемном отделении:

1. Обязательные лабораторные исследования
 - a. клинический анализ крови
 - b. общий анализ мочи
 - c. биохимический анализ крови
 - d. электролиты крови
 - e. анализ крови на содержание метилового спирта
2. ЭКГ

Клинический анализ крови

Л	7,4	*1012
Эр	4,81	*109
Нь	130	г/л
П	3	%
С	62	%
Э	3	%
Б	0	%
Лф	27	%
М	5	%
СОЭ	12	мм

Общий анализ мочи

Цвет	сж
Прозр	пр
Реакция	кисл
Плотность	1030
Белок	0,1г
Эп. –пл.	2-4
Л	0-1-2
Э	0
Соли	0

Количество 25 мл

Биохимический анализ крови

АЛТ	39,4	0-41,0	ЕД/л
Амилаза	45,8	15,0-100,0	ЕД/л
АСТ	37,4	0-38,0	ЕД/л
Креатинин	190	25,0-130,0	мкмоль/л
Глюкоза	4,2	3,05-6,38	ммоль/л
Билирубин	9,4	0,1-20,0	ммоль/л
Общ. Белок	71,3	63,0-85,0	г/л
Мочевина	12,2	0,1-8,3	ммоль/л

Электролиты крови:

Калий	– 6,5 (норма 3,6-6,3 ммоль/л)
Натрий	– 141 (норма 135-152 ммоль/л)
Хлориды	– 98 (95-110 ммоль/л)

Анализ крови на содержание метилового спирта(качеств.)
+++

ЭКГ – частота сердечных сокращений 138 в мин, синусовая тахикардия, ЭОС сердца не отклонена.

Сценарий №4. Отравление amitriptilinom. (УК-1)

В приемное отделение поступил ребенок 3 лет в 20:35 (участники – интерны).

Жалобы: самостоятельно не предъявляет.

Анамнез болезни (со слов матери): около 19 часов проглотил неизвестное количество таблеток amitriptilina. Через час ребенок уснул, разбудить его мать не смогла, вызвала «скорую помощь».

Анамнез жизни. Ребенок рос и развивался по возрасту. Привит по календарю. Хронических заболеваний нет.

Лекарственные препараты постоянно не принимает. Травм, операций раньше не было. Аллергологический анамнез: неотягощен.

Объективные данные. Состояние тяжелое, без сознания. Реакция на боль сохранена, локализована. Выражен мышечный гипертонус. Кожные покровы обычной окраски, чистые, сухие.

Дыхание ритмичное, ЧД 25 в мин, в легких дыхание пузрыльное, хрипов нет. Пульс 120 в минуту, АД 100/50 мм.рт.ст. Тоны сердца ритмичные, шумов нет.

Язык не обложен. Живот мягкий, на пальпацию ребенок не реагирует.

Стул был вчера, оформленный. При осмотре помочился.

Неотложные лечебно-диагностические манипуляции:

1. провести промывание желудка (с предварительным введением атропина сублингвально), прием активированного угля
2. сделать очистительную клизму
3. обеспечить сосудистый доступ
4. начать инфузионную терапию (0,9%NaCl) в режиме гипергидратации 100 мл/кг в сутки
5. при возникновении судорог ввести бензодиазепины (диазепам, седуксен)
6. при отсутствии дыхания – интубация, перевод на ИВЛ
7. мониторинг ЭКГ
8. при желудочковой тахикардии введение антиаритмических препаратов (амиодарон, обзидан, лидокаин 2мг/кг, ощелачивание)
9. последующее ведение больного на ИВЛ на фоне противосудорожной терапии (гексенал, тиопентал), инфузионной терапии в режиме нормогидратации, антиаритмической терапии
10. проведение гемосорбции.

Ход сценария. К 23 часам состояние ребенка ухудшилось, ЧСС увеличилось до 160, начался приступ тонико-клонических судорог с нарушением дыхания.

При правильном лечении судороги купируются, ЧСС уменьшается до 120 в мин.

Через 2,5 часа – повторный приступ судорог, нарастание тахикардии до 200 (ЭКГ-4.1). При правильных действиях ЧСС уменьшается до 120 в мин. (ЭКГ 4.2).

При правильном лечении - улучшение состояния, сознание восстанавливается, сохраняется частичная блокада правой ножки пучка Гиса

При отсутствии лечения желудочковой тахикардии – остановка кровообращения.

Обследование в приемном отделении:

1.Обязательные лабораторные исследования

- a. клинический анализ крови
- b. общий анализ мочи
- c. биохимический анализ крови
- d. электролиты крови

2.ЭКГ

Клинический анализ крови

Л	7,4	*1012
Эр	4,81	*109
Нв	130	г/л
П	3	%
С	62	%
Э	3	%
Б	0	%
Лф	27	%
М	5	%
СОЭ	12	мм

Э 0

Соли 0

Биохимический анализ крови

АЛТ	39,4	0-41,0	ЕД/л
Амилаза	45,8	15,0-100,0	ЕД/л
АСТ	37,4	0-38,0	ЕД/л
Креатинин	120	25,0-130,0	мкмоль/л
Глюкоза	4,2	3,05-6,38	ммоль/л
Билирубин	9,4	0,1-20,0	ммоль/л
Общ. Белок	71,2	63,0-85,0	г/л
Мочевина	7,9	0,1-8,3	ммоль/л

Общий анализ мочи

Цвет	сж
Прозр	пр
Реакция	кисл
Плотность	1015
Белок	0
Эп. –пл.	2-4
Эп. –поч.	0
Л	0-1-2

Электролиты крови:

Калий – 5,5 (норма 3,6-6,3 ммоль/л)
Натрий – 141 (норма 135-152 ммоль/л)
Хлориды – 98 (95-110 ммоль/л)

ЭКГ 4.1 Желудочковая тахикардия

ЭКГ 4.2 АВ-блокада 1 степени

Диагноз.

Основной – Отравление амитриптилином тяжелой степени.

Осложнение – Кома. Токсический миокардит с нарушением проводимости и возбудимости.

Сценарий №5. Брадиаритмия. Синдром Морганьи-Адамса-Стокса (УК-1, ПК-7, ПК-12)

Вызов бригады скорой помощи на дом. Девочка 3 лет внезапно во время подвижных игр во дворе потеряла сознание (участники – фельдшер и медсестра «скорой помощи»)

Жалобы (со слов матери): девочка играла в «догонялки», внезапно остановилась и побледнела, потом потеряла сознание.

Анамнез болезни. Ранее подобных эпизодов не отмечалось.

Анамнез жизни. Ребенок рос и развивался по возрасту, однако отмечалась сниженная толерантность к физической нагрузке.

Хронических заболеваний не было. Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективные данные. Состояние тяжелое. Дыхание и пульс отсутствуют. АД не определяется. Кожные покровы цианотичные. Масса тела 15 кг.

Неотложные лечебно-диагностические манипуляции:

1. немедленное начало сердечно-легочной реанимации;
2. подключение ЭКГ;
3. обеспечение сосудистого доступа;
4. при выявлении электрической активности без пульса введение адреналина внутривенно с разведением в изотоническом растворе хлорида натрия;
5. введение атропина внутривенно;
6. госпитализация для установления диагноза и решения вопроса об электростимуляции.

Ход сценария: при подключении на ЭКГ-мониторе регистрируется брадикардия, пульс на центральных артериях отсутствует. После введения адреналина и атропина появляется пульс, ребенок приходит в сознание.

ЭКГ – синусовая брадикардия с частотой 40 в минуту

Сценарий №6. Менингококцемия. (УК-1)

Вызов участкового педиатра на дом к ребенку 6 лет (участник – студент 6 курса на практике).

Жалобы: на слабость и боли в ногах, высокую лихорадку до 40 градусов.

Анамнез болезни. Со слов мамы заболел резко ночью с подъема температуры до 39,9 градусов. После введения свечки нурофена временное снижение температуры до 38 градусов и вновь подъем до 40.

Анамнез жизни. Рос и развивался по возрасту. Привит в соответствии с календарем прививок. Эпидемиологический анамнез: туберкулез, гепатит отрицает. Карантина в детском саду нет. Лекарственные препараты постоянно не принимает. Аллергологический анамнез: лекарственной непереносимости не было.

Объективные данные. Ребенок лежит. Состояние тяжелое, в сознании, контактен. Менингеальные симптомы положительные.

Кожные покровы горячие, серые. Температура тела 40 градусов.

Пульс нитевидный, ЧСС – 150 уд. в минуту, АД – 70/30, тоны сердца ритмичные, шоковый индекс – 2,14. ЧД – 40-42, дыхание поверхностное, проводится во всех отделах. Последнее мочеиспускание около 6 часов назад, моча была темного цвета. Вес 20 кг.

Местный статус: над голеностопными суставами появляются первые точечные геморрагические элементы.

Неотложные лечебно-диагностические манипуляции:

1. после установления диагноза вызов «неотложной помощи» «на себя»;
2. элементы сыпи на коже обвести ручкой;
3. обеспечить сосудистый доступ;
4. ввести преднизолон внутривенно;
5. ввести жаропонижающие средства;
6. левомецетин может быть использован только после введения гормонов при подъезде к стационару, в стационаре – линдацин или меронем;
7. госпитализация в инфекционное отделение.

Сценарий №7. Гипогликемия. (УК-1)

В приёмное отделение прохожие принесли мальчика (на вид 10 лет), который потерял сознание на улице недалеко от больницы. Пока ребёнка несли, у него начались судороги (участники – интерны в приемном отделении).

Жалобы: самостоятельно не предьявляет.

Анамнез болезни. Мальчик потерял сознание на улице недалеко от больницы. Во время транспортировки начались судороги.

Объективные данные. Состояние тяжёлое, без сознания, генерализованные судороги. Кожа бледная, влажная.

Пульс 180 уд.в минуту, ритмичный. АД 100/60 мм рт.ст. Тоны сердца ясные, чистые, ритмичные. Визуально – дыхание поверхностное с частотой 24 в минуту.

Живот мягкий, на пальпацию не реагирует.

Неотложные лечебно-диагностические манипуляции:

1. оказание помощи при судорогах (ребенка удерживают, чтобы избежать его травматизации);
2. определение глюкозы крови;
3. после обнаружения гипогликемии введение раствора глюкозы до восстановления сознания ребенка.

Обследование в приемном отделении:

1. Обязательные лабораторные исследования
 - a. определение глюкозы крови
 - b. клинический анализ крови
 - c. общий анализ мочи
 - d. биохимический анализ крови
2. Консультации смежных специалистов: эндокринолог.

Глюкоза крови: 1,5 ммоль/л

Клинический анализ крови			Плотность	1020	
Л	7,4	*1012	Белок	0	
Эр	4,72	*109	Эп. –пл.	2-4	
Нв	130	г/л	Эп. –поч.	0	
П	3	%	Л	0-1-2	
С	62	%	Э	0	
Э	3	%	Соли	0	
Б	0	%	Биохимический анализ крови		
Лф	27	%	АЛТ	39,4	0-41,0 ЕД/л
М	5	%	Амилаза	62,4	15,0-100,0 ЕД/л
СОЭ	12	мм	АСТ	37,4	0-38,0 ЕД/л
Общий анализ мочи			Креатинин	72,0	25,0-130,0 мкмоль/л
Цвет	сж		Билирубин	9,4	0,1-20,0 ммоль/л
Прозр	пр		Общ. Белок	72,6	63,0-85,0 г/л
Реакция	кисл		Мочевина	6,0	0,1-8,3 ммоль/л

Сценарий №8. Диабетический кетоацидоз. (УК-1)

Мальчик 10 лет доставлен в приемное отделение ЦРБ из детского оздоровительного лагеря (участники – интерны в приемном отделении).

Жалобы: на слабость, сонливость, боли в животе, однократную рвоту.

Анамнез болезни: Утром во время подъема не смог встать с постели из-за слабости, сонливости.

Объективные данные. Состояние тяжелое. Ребенок вялый, спутанное сознание, на вопросы не отвечает. Зрачки узкие, зрачковый рефлекс живой. Менингеальных симптомов нет. Кожа сухая, шелушится, следы от расчесов, губы сухие. Глазные яблоки запавшие, мышечный тонус снижен, тургор тканей понижен, белое пятно при надавливании на кожу исчезает в течении 4-5 сек. В выдыхаемом воздухе чувствуется запах ацетона.

Пульс 180 уд. в минуту, ритмичный. АД 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца звучные, соотношение тонов правильное, патологические шумы не выслушиваются. Частота дыхания 24 в минуту. Дыхание шумное, слышно на расстоянии. В легких дыхание проводится во все отделы, хрипов нет.

Живот не вздут, симметричный, участвует в акте дыхания, мягкий, болезненный в области пупка. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Край печени +2см из-под реберной дуги. Желчный пузырь не пальпируется. Селезенка не увеличена. Перистальтика выслушивается отчетливо. Шума плеска, притупления в отлогих местах нет. Печеночная тупость сохранена.

Стул 1 сутки назад. В последнее 2 недели учащенное мочеиспускание.

Неотложные лечебно-диагностические манипуляции:

1. выполнение экспресс-теста на глюкозу крови и мочи
2. после обнаружения гипергликемии проведение регидратации раствором NaCl 0,9%
3. оказание помощи при рвоте
4. инсулинотерапия может быть начата только после начала регидратации через 1 час. инсулинами короткого действия (Актрапид или Хумулин Регуляр) в/в микроструйно
5. госпитализация в эндокринное отделение

Ход сценария. В ходе осмотра у ребенка возникает рвота.

Клинический анализ крови			Л	0-1-2	
Л	7,4	*1012	Э	0	
Эр	4,81	*109	Соли	0	
Нв	130	г/л	Глюкоза	50 ммоль/л,	
П	3	%	Кетоны	25 ммоль/л	
С	62	%	Биохимический анализ крови		
Э	3	%	АЛТ	39,4	0-41,0 ЕД/л
Б	0	%	Амилаза	45,8	15,0-100,0 ЕД/л
Лф	27	%	АСТ	37,4	0-38,0 ЕД/л
М	5	%	Креатинин	72,0	25,0-130,0 мкмоль/л
СОЭ	12	мм	Глюкоза	28	3,05-6,38 ммоль/л
Общий анализ мочи			Билирубин	9,4	0,1-20,0 ммоль/л
Цвет	сж		Общ. Белок	71,3	63,0-85,0 г/л
Прозр	пр		Мочевина	6,0	0,1-8,3 ммоль/л
Реакция	кисл		Кислотно-основное состояние крови:		
Плотность	1020		рН 7,3, рСО ₂ 41,3, рО ₂ 72,5, ВЕ 7 ммоль/л, НСО ₃ 27,7 ммоль/л		
Белок	0				
Эп. –пл.	2-4				

Сценарий №9. Острый ларинготрахеит. (УК-1)

Вызов участкового врача на дом к ребенку 3 лет (участник – ординатор).

Жалобы: на затруднение дыхания, кашель.

Анамнез болезни. Вчера у ребенка появился насморк, чихание, Утром ребенок проснулся с сильным лающим кашлем и затруднением дыхания.

Анамнез жизни. Рос и развивался по возрасту. Привит в соответствии с календарем прививок. Эпидемиологический анамнез: туберкулез, гепатит отрицает. Карантина в детском саду нет. Лекарственные препараты постоянно не принимает. Аллергологический анамнез: отек Квинке на кетопрофен.

Объективные данные. Ребенок беспокоен, плачет, задыхается. Кожные покровы гиперемированы, влажные. Температура тела 37,7. Носогубный треугольник цианотичен. При осмотре полости рта – гиперемия и зернистость задней стенки глотки, обильное серозное отделяемое из носа.

ЧД 36 в мин, инспираторная одышка. Ребенок сидит, в дыхании участвует вспомогательная мускулатура, свистящий вдох слышен на расстоянии. Дыхание в легких везикулярное, над областью трахеи проводные свистящие хрипы инспираторного характера.

ЧСС 140 в мин, АД 100/60, тоны сердца звучные.

Живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Неотложные лечебно-диагностические манипуляции:

1. успокоить ребенка;
2. вызвать «на себя» бригаду скорой помощи;
3. через рот дать теплое молоко с «Боржоми» или содой;
4. увлажнить воздух (в ванной с помощью паров горячей воды);
5. дексаметазон (внутри или внутримышечно) бригадой скорой помощи;
6. через небулайзер будесонид + NaCl 0,9%;
7. через небулайзер адреналин или нафтизин;
8. оксигенотерапия;
9. экстренная госпитализация в положении сидя на руках у матери.

Сценарий №10. Эпиглоттит. (УК-1)

В приемное отделение многопрофильного стационара доставлен мальчик 5 лет (участники – интерны в приемном отделении).

Жалобы: боль в горле, затруднение дыхания.

Анамнез болезни. Ребенок с утра начал жаловаться на боль в горле. Мама отмечает обильное слюнотечение, насморка не было, температура утром была 38,5 С. Мама пыталась положить ребенка поспать, но он сразу начинал беспокоиться, задыхаться.

Анамнез жизни. Рос и развивался по возрасту. Привит в соответствии с календарем прививок. На диспансерном учете не состоит. Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективные данные. Ребенок сидит, наклонив туловище вперед, опираясь руками на колени, с открытым ртом, вытянув и запрокинув голову, при этом отмечается обильное слюнотечение. Губы, ногтевые ложа цианотичные, кожные покровы бледные. Слышно стридорозное дыхание, западение уступчивых мест грудной клетки, раздувание крыльев носа. Дыхание 36 в мин, поверхностное, проводится во все отделы легких, над всей поверхностью легких на вдохе слышны проводные свистящие хрипы.

ЧСС 150 в мин, АД 70/30, тоны сердца звучные.

При осмотре полости рта – зев гиперемирован, надгортанник ярко-красного цвета, отечный.

Неотложные лечебно-диагностические манипуляции:

1. осмотр полости рта необходимо провести осторожно в положении сидя;
2. обеспечение сосудистого доступа;
3. введение преднизолона внутривенно;
4. проведение кислородотерапии;
5. введение антибиотика (амоксиклав) в/в;
6. госпитализация на отделение в положении сидя;
7. при остановке дыхания – обеспечение проходимости дыхательных путей достигается с помощью интубации трахеи или коникотомии.

Ход сценария: Если врач пытается положить ребенка или неаккуратно осмотреть шпателем рот – у ребенка случается остановка дыхания.

Сценарий № 11. Острый гастроэнтероколит с обезвоживанием. (УК-1)

Вызов на дом участкового педиатра к девочке 2 лет (участник – ординатор)

Жалобы: многократная рвота сначала остатками пищи, затем водой с прожилками желчи. Отказ от еды, воды. Слабость, озноб, боли в животе. Подъем температуры до 38 градусов. Постоянно плачет. Со слов мамы заболела резко, ночью. Началось с многократной рвоты после пищевой погрешности (ребенок съел консервированную кильку в томатном соусе с общего стола)

Анамнез болезни: девочка постоянно плачет, не дает пальпировать живот, периодически идут рвотные позывы. На вопросы мама отвечает, что накануне ребенок съел с общего стола консервированную кильку в томатном соусе. Вечером состояние было удовлетворительное, а ночью началась рвота, сначала пищей, съеденной накануне. При попытке напоить ребенка –

рвота повторялась. Дважды у ребенка был жидкий стул. Утром при измерении температуры выявили повышение до 37,9. Плачет. На осмотр реагирует негативно. Руки от живота убирает. Объективные данные: Ребенок вялый. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком. Тургор тканей снижен. ЧД 40–42, дыхание поверхностное, пульс нитевидный, ЧСС 140, АД 60/40. Однократно стул, полуоформленный, не мочилась с ночи.

Неотложные лечебно-диагностические манипуляции:

1. проведение оральной регидратации глюкозо-солевыми растворами
2. вызов бригады скорой помощи «на себя»
3. обеспечение сосудистого доступа;
4. проведение инфузионной терапии до подъема АД до 70 мм.рт.ст.;
5. экстренная госпитализация с продолжением инфузионной терапии, контроль за АД.

Ход сценария: Если врач не начнет действий по восстановлению водно-солевого баланса – кома.

Сценарий №12. Асфиксия новорожденного (УК-1)

Вызов неонатологов в родильный зал (участники – интерны).

Объективные данные: неонатологам передается ребенок с отсутствующим дыханием и мышечным тонусом. Из анамнеза: ребенок родился от 1 беременности, 1 родов. На 34 неделе беременности замечено значительное снижение двигательной активности плода. При госпитализации выявлена стойкая брадикардия плода. По экстренным показаниям проведена операция кесарева сечения, на 5 минуте за головку извлечен ребенок женского пола с отсутствующим дыханием и мышечным тонусом.

Неотложные лечебно-диагностические манипуляции:

1. придание правильного положения голове;
2. отсасывание секрета грушей изо рта и носа;
3. стимуляция дыхания обтиранием пеленками и похлопыванием по стопам;
4. оценка состояния через 30 секунд;
5. начало вентиляции легких с мешком и маской;
6. повторная оценка состояния через 30 секунд;
7. начало непрямого массажа сердца, координированного с вентиляцией легких;
8. повторная оценка состояния через 30 секунд;
9. продолжение вентиляции легких с мешком и маской, прекращение непрямого массажа сердца;
10. повторная оценка состояния через 30 секунд;
11. прекращение вентиляции легких, перевод ребенка в палату новорожденных для наблюдения.

Ход сценария.

При оценке состояния через 30 секунд ребенок остается вялым, цианотичным, самостоятельное дыхание не появляется.

При повторной оценке состояния через 30 секунд после вентиляции мешком и маской появляются легкие экскурсии грудной клетки. При этом ЧСС 50 в минуту.

При повторной оценке состояния через 30 секунд ЧСС 80 в минуту, ребенок делает первый судорожный вдох.

При повторной оценке состояния через 30 секунд кожа ребенка розовеет, ЧСС превышает 100 в минуту.

Сценарий №13. Асфиксия новорожденного. (УК-1)

Околоплодные воды с примесью мекония. Вызов неонатологов в родильный зал (участники – интерны).

Объективные данные: неонатологам передается ребенок со сниженным мышечным тонусом дыханием и мышечным тонусом.

Из анамнеза: Ребенок родился от 5 беременности, 3 срочных родов. С 24 недель беременность протекала на фоне гестоза, мать находилась на стационарном лечении. Выписана на сроке 32 недель. Настоящее поступление в стационар на ранней стадии срочных родов. Вскоре после поступления отхождение вод, содержащих густой меконий, который напоминает «гороховый суп». На мониторинге сердечного ритма плода выявлены нерегулярные поздние децелерации. Ведение родов через естественные родовые пути.

Неотложные лечебно-диагностические манипуляции:

1. придание правильного положения голове;
2. отсасывание мекония из ротоглотки с помощью катетера большого диаметра;
3. интубация трахеи;
4. санация трахеи через эндотрахеальную трубку по мере ее удаления с помощью аспиратора;
5. стимуляция дыхания обтиранием пеленками и похлопыванием по стопам;
6. оценка состояния;
7. начало вентиляции легких с мешком и маской;
8. повторная оценка состояния через 30 секунд;
9. прекращение вентиляции легких мешком и маской, проведение оксигенотерапии 100% кислородом с помощью кислородной маски;
10. передача ребенка матери, наблюдение за состоянием.

Ход сценария. После аспирации мекония и стимуляции ребенок делает слабые вдохи, ЧСС 80 в минуту.

После вентиляции легких мешком и маской ЧСС увеличивается до 110 в минуту, появляется эффективное самостоятельное дыхание, однако сохраняется центральный цианоз. Через 10 минут после начала оксигенотерапии ЧСС возрастает до 150 в минуту, кожные покровы ребенка остаются розовыми без кислородной поддержки.

Сценарий №14. Асфиксия новорожденного. Отслойка плаценты. (УК-1)

Вызов неонатологов в родильный зал (участники – интерны).

Объективные данные: неонатологам передается бледный ребенок женского пола со свисающими конечностями, имеющий на вид массу около 3 кг.
Из анамнеза: Ребенок родился от 2 беременности, 2 срочных родов. Роженица поступила в приемное отделение на 38 нед. беременности, с жалобами на внезапные острые боли в животе, связанные с маточными сокращениями. При ультразвуковом обследовании выявлены признаки частичной отслойки плаценты. Кроме этого отмечена стойкая брадикардия плода. Проведена неотложная операция кесарева сечения.

Неотложные лечебно-диагностические манипуляции:

1. придание правильного положения голове;
2. отсасывание секрета грушей изо рта и носа;
3. стимуляция дыхания обтиранием пеленками и похлопыванием по стопам;
4. оценка состояния через 30 секунд;
5. начало вентиляции легких с мешком и маской;
6. повторная оценка состояния через 30 секунд;
7. начало непрямого массажа сердца, координированного с вентиляцией легких;
8. повторная оценка состояния через 30 секунд;
9. интубация трахеи;
10. оксигенотерапия 100% кислородом;
11. катетеризация пупочной вены;
12. введение адреналина (эндотрахеально до катетеризации пупочной вены, затем – внутривенно);
13. введение физиологического раствора;
14. перевод в палату новорожденных для наблюдения.

Ход сценария. При оценке состояния через 30 секунд ребенок остается неподвижным, цианотичным, самостоятельное дыхание отсутствует.

После вентиляции мешком и маской девочка остается цианотичной, не двигается, ЧСС 20 в минуту.

Несмотря на проведение непрямого массажа сердца ЧСС остается 30 в минуту.

В ходе интубации трахеи и катетеризации пупочной вены ЧСС не определяется.

После введения адреналина ЧСС менее 60 в минуту.

После введения NaCl 0,9% ЧСС постепенно увеличивается, через 5 минут ребенок делает первый вдох, кожа начинает розоветь.

Сценарий №15 Анафилактический шок (УК-1, ПК-6, ПК-7)

В процедурном кабинете инфекционного отделения многопрофильной детской клинической больницы медсестрой проведена в/в струйно инъекция цефтриаксона. Пациент 5 лет, на введение препарата пожаловался на появление зуда кожных покровов и затрудненное дыхание. Визуально появился отек губ, бледность кожных покровов, слышно шумное дыхание. Пациент контактен, но заторможен, на вопросы отвечает односложно.

Ход сценария:

При возникновении первых жалоб на введение препарата, мама начинает беспокоиться о состоянии ребенка, рвется к нему с вопросами, что с ним случилось, просьбами о помощи и не умрёт ли он.

М/с должна прекратить введение препарата и попросить маму ребенка открыть окно. В это время:

1. Обеспечивает горизонтальное положение.
2. Поднимает ноги на 35-40° для увеличения венозного возврата к сердцу.
3. Обеспечивает проходимость дыхательных путей методом запрокидывания головы и поднятием нижней челюсти.
4. Голосом вызывает помощь с ближайшего отделения и по телефону вызывает врача ей реанимационного отделения (либо ближайшего).

По прибытии врача объясняет что случилось.

До прибытия врача м/с обеспечивает сосудистый доступ путем катетеризация периферической вены и налаживает ингаляцию кислорода.

Успокаивает маму ребенка, просит не мешать оказывать помощь.

Любой медицинский работник, прибывший на помощь, оценивает состояние ребенка по принципу ABCDE:

1. Проходимость дыхательных путей: отек языка, слизистых полости рта (может привести к обструкции дыхательных путей)
2. Дыхание: частота дыхания ЧД 32, эффективность дыхания (показания пульсоксиметра SpO₂ 90%).
3. Кровообращение: оценивает АД – 80/40, ЧСС 132, время наполнения капилляров более 2 секунд
4. Сознание: общается с ребенком, просит выполнить любую команду на действие (поднять/сжать руку), оценивает, симметричны ли зрачки и проверяет реакцию на свет.

5. Осмотр: наличие дополнительных повреждений, кожных покровов (сыпь)

Прибывший врач реанимационного (или ближайшего) даёт указание м/с об ингаляции кислорода и обеспечении сосудистого доступа (если это не было сделано по какой-то причине) и назначении введения препаратов с указанием доз.

Вес ребенка 20 кг

Важно!

Если кожные покровы ребенка обычной окраски (без учета кожных высыпаний), то введение лекарственных препаратов внутримышечное. Если кожные покровы бледные и влажные, наблюдается мраморность, то препараты вводятся внутривенно медленно.

Препараты первой линии:

1. Адреналин вводится в/в струйно в терапевтической дозе 0,01 мг/кг, но не более 0,3 мл 0,1% р-ра адреналина гидрохлорида в разведении 0,9 % р-ра NaCl в шприце 10 ml
2. Внутривенная быстрая инфузия 0,9 % р-ра NaCl из расчета 10 мл/кг
3. Преднизолон вводится в/в струйно из расчета 2 мг/кг в в разведении 0,9 % р-ра NaCl в шприце 10 ml

В течение следующих минут продолжается инфузия 0,9 % р-ра NaCl и через 5 минут вводится повторная доза адреналина в той же дозировке.

После введения лекарственных препаратов проводится мониторинг состояния ребенка по принципу ABCDE:

1. Проходимость дыхательных путей: отек языка, слизистых полости рта (может привести к обструкции дыхательных путей)
2. Дыхание: частота дыхания ЧД 26, эффективность дыхания (показания пульсоксиметра SpO₂ 92%).
3. Кровообращение: оценивает АД – 90/60, ЧСС 100, время наполнения капилляров 2 секунды
4. Сознание: общается с ребенком, просит выполнить любую команду на действие (поднять/сжать руку).
5. Осмотр: наличие дополнительных повреждений, кожных покровов (сыпь)

При условии стабилизации гемодинамических показателей даёт команду на введение антигистаминных препаратов: Супрастин 2% 0,1 мл/на год жизни – 0,5 мл

Далее решение вопроса о необходимости госпитализации ребенка в реанимационное отделение.

Если в течение двух минут не предпринимаются действия по лечению АШ

Идёт снижение гемодинамических показателей, нарастает отёк, отсутствует сознание, снижается АД до критических уровней ниже 50, что может привести к остановке ОК.

Проводится СЛР.

Сценарий №16. Бронхиальная астма. Астматический статус. (УК-1, ПК-7)

В приемное отделение многопрофильного стационара поступает пациент 52 лет (участники – интерны)

Жалобы: на одышку приступообразного характера, мучительный кашель с трудно отделяемой слизистой мокротой. Анамнез болезни. В течение 7 лет страдает бронхиальной астмой. Ухудшение связывает с перенесенным ОРВИ. Количество ингаляций беродуала вынужден увеличить до 10 раз в сутки. В течение последних трех дней приступ полностью не купируется.

Анамнез жизни. Эпидемиологический анамнез: туберкулез, гепатит, венерические заболевания отрицает. За последний год за пределы города и области не выезжал. Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь, принимает таб. валз 80 мг 1 раз в сутки. Перенес холецистэктомию 6 лет назад. Аллергологический анамнез: на пенициллины - крапивница.

Объективные данные: состояние тяжелое, заторможен, ортопноэ. Кожа цианотичная, покрыта потом. Периферических отеков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Сатурация кислорода 87%.

Грудная клетка бочкообразной формы. Межреберные промежутки расширены. ЧДД 25 в мин. Шумный свистящий выдох. Дыхание ослабленное, рассеянные сухие свистящие хрипы над всей поверхностью легких. При перкуссии – коробочный звук.

ЧСС 118 в мин. АД 140/90 мм рт.ст. Тоны сердца ритмичные.

Язык влажный, не обложен. Живот не вздут, симметричный, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Край печени по реберной дуге. Желчный пузырь не пальпируется. Селезенка не увеличена. Перистальтика выслушивается отчетливо. Шума плеска, притупления в отлогах местах нет.

Печеночная тупость сохранена.

Стул 1 сутки назад. Дизурических явлений не отмечал.

Неотложные лечебно-диагностические манипуляции:

1. Отменен прием бронходилататоров ввиду блокады рецепторов бронхов и опасности развития синдрома "рикошета";
2. кислородотерапия 30-40% увлажненным кислородом;
3. обеспечен сосудистый доступ, инфузия глюкозы 5%, реополиглюкина;
4. внутривенное введение эуфиллина
5. начато введение больших доз глюкокортикоидов - гидрокортизон или преднизолон в/в;
6. гепарин в/в капельно;
7. при остановке кровообращения вызов реанимационной бригады и немедленное начало закрытого массажа сердца и искусственной вентиляции легких;
8. осуществлено мониторирование ЭКГ;

9. введение адреналина в/в при асистолии;
10. госпитализация в реанимационное отделение.

Ход сценария. Если в течение 5 минут не начато лечение, пациент прекращает отвечать на вопросы. Зрачки резко расширены, реакция на свет вялая. Дыхание аритмичное, поверхностное. Частота дыханий более 40-60 в минуту. Остановка кровообращения по типу асистолии (ЭКГ-4.2).

Обследование в приемном отделении:

1. Обязательные лабораторные исследования
 - b. клинический анализ крови
 - c. общий анализ мочи
 - d. биохимический анализ крови
 - e. коагулограмма
 - f. газы крови
2. Обзорная рентгенограмма грудной клетки.
3. ЭКГ (ЭКГ-4.1)
4. Консультации смежных специалистов: реаниматолог, пульмонолог.

Клинический анализ крови	Креатинин 72,0	25,0-130,0	мкмоль/л
Л 10,5*10 ¹²	Глюкоза 4,2	3,05-6,38	ммоль/л
Эр 5,0*10 ⁹	Билирубин 9,4	0,1-20,0	ммоль/л
Hb 135г/л	Общ. Белок 71,3		
П 3 %	63,0-85,0г/л		
С 62%	Мочевина 6,0	0,1-8,3	ммоль/л
Э 10%			
Б 0%	Коагулограмма		
Лф 27%	Протромбин 118	80-110	%
М 5 %	МНО 0,65	0,85-1,35	
СОЭ 3 мм	АЧТВ 25	30-40	сек
	Фибриноген 8	4-6	г/л
	ВСК по Ли-Уайту 7,5	5-7	мин
Общий анализ мочи	Кислотно-основное состояние крови:		
Цвет сж	pH 7,32 (норма 7,35-7,45)		
Прозр пр	PaO ₂ 50 мм рт. ст. (норма 85-105 мм.рт.ст)		
Реакция кисл	PaCO ₂ 60 мм рт. ст. (норма 35-45 мм.рт.ст)		
Плотность 1020	BE (избыток оснований) -4 ммоль/л (норма от -2 до +2 ммоль/л)		
Белок 0	H ₂ CO ₃ (гидрокарбонат) 20 ммоль/л (норма 22-26 ммоль/л)		
Эп. -пл. 2-4			
Эп. -поч.	Рентген грудной клетки: признаки эмфиземы легких -		
Л 0-1-2	повышенная прозрачность легких, горизонтальное		
Э 0	положение ребер, расширение межреберных промежутков,		
Соли 0	низкое стояние диафрагмы.		
Биохимический анализ крови	ЭКГ-4.1 Признаки перегрузки правого предсердия		
АЛТ 39,4	ЭКГ - 4.2 Асистолия		
0-41,0 ЕД/л			
Амилаза 45,8			
15,0-100,0 ЕД/л			
АСТ 37,40-38,0 ЕД/л			

Сценарий №17. Острый инфаркт миокарда. (УК-1, ПК-7)

Мужчина 56 лет доставлен в приемное отделение многопрофильного стационара братом на собственном автомобиле.

Жалобы: интенсивные продолжительные боли сжимающего характера за грудиной с иррадиацией под левую лопатку и в нижнюю челюсть.

Анамнез болезни. Боль за грудиной возникла вскоре после ссоры с братом. Алкоголь не употреблял. Ранее подобные болевые эпизоды возникали после физической нагрузки, проходили самостоятельно. В этот раз боль самостоятельно не исчезла, медикаменты не использовал. В стационар пациент доставлен через 40 минут после возникновения болевого синдрома. Ранее не обследовался и не лечился.

Анамнез жизни. Эпидемиологический анамнез: туберкулез, гепатит, венерические заболевания отрицает. За последний год за пределы города и области не выезжал. Сопутствующие заболевания: хронические заболевания отрицает. Лекарственные препараты постоянно не принимает. Травм, операций раньше не было. Аллергологический анамнез: лекарственной непереносимости не отмечает.

Объективные данные. Состояние средней тяжести. Пациент возбужден, испытывает страх смерти. Лицо гиперемировано, кожные покровы влажные, холодный пот. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Периферических отеков нет. Тоны сердца глухие. Пульс малого наполнения и напряжения, частота 120 уд./мин. АД 100/60 мм рт.ст. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. ЧД 20 в минуту.

Язык влажный, не обложен. Живот не вздут, симметричный, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Стул и диурез без особенностей (со слов).

Неотложные лечебно-диагностические манипуляции:

1. Физический и эмоциональный покой;
2. нитроглицерин (нитроминт и др.) под язык;
3. обеспечить сосудистый доступ;
4. назначить кислородотерапию (увлажненный кислород 2-5 л/мин);
5. ацетилсалициловая кислота (разжевать);
6. клопидогрел (плавикс) внутрь;
7. гепарин внутривенно;
8. пропранолол (анаприлин, обзидан) или метопролол (спесикор, эгилок) под язык.

При сохранении болевого синдрома:

9. ввести морфин в/в или промедол или нейролептаналгезия (фентанил с дроперидолом).

При сохраняющейся или рецидивирующей ангинозной боли или острой застойной сердечной недостаточности:

10. нитроглицерин в физиологическом растворе в виде постоянной внутривенной инфузии под контролем АД.
11. При гипотонии ввести для повышения АД дофамин.

Для восстановления коронарного кровотока:

12. Перевести в кардиохирургическое отделение для проведения ЧКВ в первые 2 часа.
13. Если в первые 2 часа ЧКВ не осуществимо, в первые 6 часов (при сохраняющейся или рецидивирующей боли – в течение 12 часов) как можно раньше ввести тромболитический препарат после консультации кардиолога (алтеплазу или проурокиназу или тенекплазу)

Обследование в приемном отделении:

1. Обязательные лабораторные исследования
 - a. клинический анализ крови
 - b. общий анализ мочи
 - c. биохимический анализ крови
 - d. КФК, КФК-МВ, тропонины
 - e. электролиты
2. ЭКГ в 12 отведениях
3. Консультации смежных специалистов: реаниматолог, кардиолог.

Белок 0

Эп. –пл. 2-4

Эп. –поч. 0

Л 0-1-2

Э 0

Соли 0

Биохимический анализ крови

АЛТ 48 0-41,0 ЕД/л

Амилаза 45,8 15,0-100,0 ЕД/л

АСТ 64 0-38,0 ЕД/л

Креатинин 72,0 25,0-130,0 мкмоль/л

Глюкоза 4,2 3,05-6,38 ммоль/л

Билирубин 9,4 0,1-20,0 ммоль/л

Общ. Белок 71,3 63,0-85,0 г/л

Мочевина 6,0 0,1-8,3 ммоль/л

КФК 190 24-190 Ед/л

Тропонин I 0,018 0,009-0,012 нг/мл

Тропонин T 2,0 0,2-0,5 нг/мл

ЭКГ – нижнебоковой инфаркт миокарда с реципрокными изменениями в отведениях I, aVL, V1 и V2.

Клинический анализ крови

Л 7,4 *1012

Эр 5,5 *109

Нь 151 г/л

П 3 %

С 62 %

Э 3 %

Б 0 %

Лф 27 %

М 5 %

СОЭ 12 мм

Общий анализ мочи

Цвет сж

Прозр пр

Реакция кисл

Плотность 1020

Электролиты крови:

Калий – 6,0 (норма 3,6-6,3 ммоль/л)

Натрий – 141 (норма 135-152 ммоль/л)

Хлориды – 98 (95-110 ммоль/л)

Сценарий №18. Митральный стеноз. Острая левожелудочковая недостаточность. (УК-1)

Вызов неотложной помощи на дом.

На кровати сидит 48-летняя женщина, опустив на пол ноги.

(участники – фельдшер и медсестра неотложной помощи)

Жалобы: Самостоятельно не предъявляет, речь затруднена.

Анамнез болезни (со слов родственников). Состоит на диспансерном учете у кардиолога по поводу порока сердца.

Постепенное ухудшение состояния произошло резко в течение последних суток. Пациентка не могла лечь, появилось затруднение дыхания, кашель, кровохарканье.

Анамнез жизни (со слов родственников). Эпидемиологический анамнез: туберкулез, гепатит, венерические заболевания отрицает. За последний год за пределы города и области не выезжала. Сопутствующие заболевания: хронические заболевания отрицает.

По назначению кардиолога принимает эгилок и вероширон. Апендэктомия в 25 лет. Аллергологический анамнез: лекарственной непереносимости не отмечает.

Объективные данные. Состояние тяжелое. Лицо бледное, покрыто крупными каплями пота, испуганное и напряженное из-за страха смерти. Цианоз губ, носа. Периферических отеков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены.

ЧД 26 в мин. Клокочущее дыхание, кашель с выделением обильной розовой пенистой мокроты. При перкуссии притупление легочного звука над всей поверхностью легких. При аускультации – влажные разнокалиберные хрипы над всей поверхностью легких.

Пульс 120 в мин, аритмичный. При перкуссии: левая граница - 5 межреберье на 1-1,5 см кнутри от среднеключичной линии, верхняя граница относительная тупость – 2 ребро, абсолютная тупость – 3 ребро, правая граница относительная тупость –

на 3 см правее правого края грудины, абсолютная тупость – на 2 см правее левого края грудины. Аускультация сердца затруднена. На верхушке и в точке Боткина выслушивается усиленный, хлопающий 1 тон и тон открытия митрального клапана (митральный шелчок). Язык влажный, не обложен. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, участвует в акте дыхания, Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Неотложные лечебно-диагностические манипуляции:

1. наложить венозные жгуты на нижние конечности на 15-20 мин, для разгрузки правых отделов сердца;
2. снять ЭКГ;
3. аспирировать мокроту трахеальным катетером или электроотсосом для обеспечения проходимости дыхательных путей;
4. ингаляция парама спирта через носовой катетер (борьба с пенообразованием);
5. обеспечить сосудистый доступ;
6. введение морфина внутривенно до устранения болевого синдрома и одышки;
7. дать сублингвально таб. нитроглицерина или ввести изокет (перлинганит) в/в капельно, следя за уровнем АД для гемодинамической разгрузки левого желудочка, уменьшения потребности миокарда в кислороде;
8. гепарин внутривенно струйно;
9. ввести в/в струйно лазикс в 0,9% растворе хлорида натрия или 5% растворе глюкозы;
10. ввести в/в струйно раствор дигоксина для удлинения диастолы и улучшения кровенаполнения левого желудочка;
11. осуществлять контроль за АД, пульсом для оценки состояния пациента;
12. госпитализировать в стационар для лечения сердечной недостаточности после купирования отека легких.

Сценарий №19. Тромбоэмболия легочной артерии. (УК-1)

Вызов в палату хирургического отделения к больному 54 лет. (участники – интерны)

Жалобы при поступлении: утром, после незначительной физической активности, внезапно возникла одышка (инспираторная, без хрипов, без участия вспомогательных мышц), появилась боль в грудной клетке, усиливающаяся при кашле и глубоком дыхании, а так же в положении сидя, повышение температуры тела до 37,4С. Появление болей в эпигастрии и правом подреберье. Боли и отек правой голени и стопы.

Анамнез болезни. Пациент находится на хирургическом отделении вторые сутки с диагнозом «флеботромбоз глубоких вен правой нижней конечности». При ультразвуковом исследовании был выявлен флотирующий тромб глубокой вены бедра, фиксированный к стенке вены у основания. Пациент готовился к хирургическому вмешательству (постановка кавафилтра). Утром пациент сел на кровать и отметил появление вышеуказанных жалоб.

Анамнез жизни: 5 лет назад перенес хирургическое вмешательство (наружный металлоостеосинтез) по поводу множественного перелома костей голени после травмы.

Лекарственные препараты постоянно не принимает. Аллергологический анамнез спокойный.

Объективные данные.

Состояние тяжелое, в сознании, контактен, ориентирован.

Кожные покровы лица, шеи и плечевого пояса синюшны, повышенной влажности, яремные вены резко контурируются, цианоз ногтевых лож. Склеры обычной окраски. Периферических отеков нет.

Пульс 130 уд. в минуту, ритмичный. АД 90/50 мм рт. ст.

Тоны сердца ясные, звучные, ритмичные. Дыхание в легких жесткое, ослаблено, симметрично проводится с двух сторон, частота - 40 в минуту. Хрипов нет. Язык сухой, налетов нет. Живот не вздут, мягкий, болезненный в эпигастриальной области и правом подреберье. Там же определяется болезненный край печени, выступающий из под реберной дуги на 3 см. Симптом Плеша (гепато-югулярный симптом) положительный.

На нижних конечностях выявлены варикозно-расширенные вены. Правая нижняя конечность отечна в области голени и стопы, умеренно болезненна при пальпации.

Неотложные лечебно-диагностические манипуляции:

1. строгий постельный режим;
2. оксигенотерапия 5-10 л в мин.;
3. Кардиореспираторная поддержка (допамин, добутамин);
4. Тромболитическая терапия (стрептокиназа, альтеплаза, тенектеплаза);
5. Эмболизомия (при неэффективности тромболитика);

Обследование:

1. Обязательные лабораторные исследования
 - a. клинический анализ крови
 - b. общий анализ мочи
 - c. биохимический анализ крови
 - d. электролиты крови
2. Коагулограмма
3. Д-димер
4. ЭХО-КГ
5. ЭКГ
6. Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки
7. Спиральная КТ
8. Сцинтиграфия
9. Ангиография

Лабораторные данные:

Электролиты крови:

Калий – 5,1 (норма 3,6-6,3 ммоль/л)
Натрий – 127 (норма 135-152 ммоль/л)
Хлориды – 102 (95-110 ммоль/л)

Клинический анализ крови

Л	9,6	*1012
Эр	4,5	*109
Нб	128	г/л
П	2 %	
С	71	%
Э	2 %	
Б	1 %	
Лф	22	%
М	2 %	
СОЭ	7 мм	

Общий анализ мочи

Цвет сж
Прозр пр
Реакция кисл
Плотность 1018
Белок 0
Эп. –пл. 1-2
Эп. –поч.
Л 2-4
Э 0
Соли 0

Биохимический анализ крови

АЛТ	34	0-41,0	ЕД/л
Амилаза	57	15,0-100,0	ЕД/л
АСТ	23	0-38,0	ЕД/л
Креатинин	104	25,0-130,0	мкмоль/л
Глюкоза	5,1	3,05-6,38	ммоль/л

Билирубин	16	0,1-20,0	ммоль/л
Общ. Белок	65	63,0-85,0	г/л
Мочевина	7,0	0,1-8,3	ммоль/л
КФК	136	24-190	Ед/л
Тропонин I	0,01	0,009-0,012	нг/мл
Тропонин T	0,3	0,2-0,5	нг/мл

Коагулограмма

Фибриноген	8	4-6	г/л
АЧТВ	15	30-40	сек
Протромбиновый индекс	145	80-110	%
Протромбиновое время	5	11-15	сек
ВСК по Ли-Уайту	2	5-7	мин
Антитромбин III	40	71-115	%
Д-димер 1200	200-400		нг/мл

Рентгенография легких - Выявлена клиновидная тень в средней доле правого легкого

Ангиопульмонограмма - Выявлен дефект наполнения в области локализации эмбола в правой верхней доле артерии и обрыв наполнения в правой средней доле артерии

ЭКГ (признаки перегрузки правых отделов сердца) - Синдром S — Q, отрицательный зубец T в отведениях III и V, сглаженный зубец T в отведении V2 и двухфазный в V, неполная блокада правой ножки пучка Гиса

ЭХО-КГ - ПЖ значительно больше ЛЖ и занимает верхушку сердца. Межжелудочковая перегородка обращена выпуклостью в сторону ЛЖ (признак объемной перегрузки ПЖ); межпредсердная перегородка обращена выпуклостью в сторону левого предсердия. Расширение правых отделов сердца, парадоксальное движение межжелудочковой перегородки

Сценарий №20. Приступ пароксизмальной наджелудочковой тахикардии. (УК-1)

В приемное отделение поступила женщина, 55 лет (участники – интерны).

Жалобы: на внезапно начавшийся приступ сердцебиения, резкую слабость, потливость.

Анамнез болезни: раньше подобных приступов не было, пациентка не обследовалась, не лечилась.

Анамнез жизни. Эпидемиологический анамнез: туберкулез, гепатит, венерические заболевания отрицает. За последний год за пределы города и области не выезжала.

Сопутствующие заболевания: ИБС. Инфарктов, инсультов не было. Лекарственные препараты постоянно не принимает.

Травм, операций раньше не было. Аллергологический анамнез: лекарственной непереносимости не отмечает.

Объективные данные. Состояние средней тяжести. В сознании, контактна, ориентирована в месте и времени.

Кожные покровы бледные, влажные. Акроцианоза нет. Склеры обычной окраски. Периферических отеков нет.

Периферические лимфатические узлы не увеличены.

Пульс около 200 уд. в минуту, ритмичный. АД 160/90 мм рт.ст. Тоны сердца ясные. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в минуту.

Язык влажный, не обложен. Живот не вздут, симметричный, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный во всех отделах. Стул 1 сутки назад. Дизурических явлений нет.

Неотложные лечебно-диагностические манипуляции:

1. проведение стимуляции блуждающего нерва

- энергичный массаж области каротидного синуса, попеременно справа и слева по 15-20 сек. под постоянным контролем пульса (массаж области каротидного синуса противопоказан пожилым людям из-за опасности травмы сосуда и людям, перенесшим инсульт);

- предложить пациенту во время глубокого вдоха натуживаться и зажимать нос;

- предложить пациенту проглотить «большой комок пищи»;

- попросить пациента надавить на глазные яблоки в течение нескольких секунд;

- можно использовать рефлекс ныряния – погружение лица в холодную воду.

2. При неэффективности вышеперечисленных методик введение АТФ в/в очень быстро за 1-5 сек, перед этим предупредить пациента о появлении быстро проходящих неприятных ощущений (нехватки воздуха, покраснения лица, головной боли). При отсутствии эффекта возможно повторное введение или введение верапамила (финоптин) в/в.

3. При потере сознания, снижении АД необходимо проведение неотложной синхронизированной электрической кардиоверсии. Для обезболивания используют фентанил + диазепам в/в.
4. Госпитализация пациента в кардиологическое отделение для обследования и лечения.

Ход сценария: методики стимуляции блуждающего нерва не приводят к купированию приступа. Введение лекарственных препаратов приводит к купированию приступа тахикардии. Если помощь не оказана в течение 5 минут – пациентка теряет сознание, снижается АД до 60/40.

Обследование в приемном отделении:

1. Обязательные лабораторные исследования
 - a. клинический анализ крови
 - b. общий анализ мочи
 - c. биохимический анализ крови
 - d. кровь на электролиты
2. ЭКГ
3. Консультации смежных специалистов: кардиолог, реаниматолог.

Клинический анализ крови	Л	0-1-2	
Л 7,4 *1012	Э	0	
Эр 4,81 *109	Соли	0	
Нв 130 г/л	Биохимический анализ крови		
П 3 %	АЛТ 39,4	0-41,0	ЕД/л
С 62 %	Амилаза 45,8		
Э 3 %	15,0-100,0		ЕД/л
Б 0 %	АСТ 37,4	0-38,0	ЕД/л
Лф 27 %	Креатинин 72,0	25,0-130,0	мкмоль/л
М 5 %	Глюкоза 4,2	3,05-6,38	ммоль/л
СОЭ 12 мм	Билирубин 9,4	0,1-20,0	ммоль/л
	Общ. Белок 71,3	63,0-85,0	г/л
Общий анализ мочи	Мочевина 6,0	0,1-8,3	ммоль/л
Цвет сж	Электролиты крови:		
Прозр пр	Калий – 6,0 (норма 3,6-6,3)		ммоль/л
Реакция кисл	Натрий – 141 (норма 135-152)		ммоль/л
Плотность 1020	Хлориды – 98 (95-110)		ммоль/л
Белок 0			
Эп. –пл. 2-4	ЭКГ - Пароксизмальная наджелудочковая тахикардия		
Эп. –поч.			

Сценарий №21. Столбняк. (УК-1, ПК-7, ПК-12)

Больной 33 лет доставлен в приемное отделение областной больницы (участники – интерны)

Жалобы при поступлении: боли в правой стопе, боли и напряжение мышц спины, обильное потоотделение, затруднение при открывании рта, повышение температуры до 38,9С.

Анамнез болезни. 3 дня назад наступил на острый металлический предмет, за медпомощью не обращался, рану промыл водой и смазал края раны настойкой йода. Спустя 2 суток появилась отечность и боли стопы, повышенная потливость, высокая температура и чувство нехватки воздуха.

Анамнез жизни:

Эпидемиологический анамнез: туберкулез, гепатит, венерические заболевания отрицает. Хронические заболевания отрицает. Лекарственные препараты постоянно не принимает. Лекарственной непереносимости нет.

Объективные данные.

Состояние тяжелое, в сознании, заторможен. Кожа горячая, гиперемирована, повышенной влажности. Склеры обычной окраски. Периферических отеков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены.

Пульс 108 уд.в минуту, ритмичный. АД 120/80 мм рт ст. Тоны сердца ясные, звучные, ритмичные. Дыхание в легких жесткое, не ослаблено, симметрично проводится с двух сторон, частота-32 в минуту. Хрипов нет.

Язык сухой, обложен белым налетом.

Местный статус: на подошвенной поверхности правой стопы в области II плюсневой кости рана 0,3x0,5 см, края неровные, отечные с гнойным отделяемым, ткани вокруг раны инфильтрированы, резко болезненны при пальпации.

Неотложные лечебно-диагностические манипуляции:

1. госпитализация в отделение интенсивной терапии, затемненная палата;
4. серотерапия (противостолбнячная сыворотка, анатоксин);
5. противосудорожная терапия (феннотиозиновый ряд);
6. оксигенотерапия 8-10 л в мин.;
7. инфузионная дезинтоксикационная терапия;
8. симптоматическая терапия (обезболивание, жаропонижающая терапия);
9. первичная хирургическая обработка раны

10. бактериальный посев из раны стопы

Сценарий №22. Диффузный токсический зоб. Тиреотоксикоз III степени. (УК-1)

Больная 46 лет доставлена в приемное отделение многопрофильного стационара машиной скорой помощи с выраженным беспокойством, психомоторным возбуждением и агрессивным настроением.

Жалобы при поступлении: повышение температуры до 39,2 С, чувство страха смерти, удушье, головная боль, боли в области сердца и раздражительность.

Анамнез болезни. В течение 8 лет наблюдается у эндокринолога с диффузным токсическим зобом. Принимала мерказолил. За последние 5 месяцев лекарства не принимает. В течение этого же периода отмечает снижение веса на 18 кг. В течение последних двух суток резкое ухудшение.

Анамнез жизни:

Наблюдалась у психиатра по поводу депрессии. Лекарственные препараты постоянно не принимает.

Двое суток назад перенесла экстракцию зуба. Лекарственной непереносимости не отмечает.

Объективные данные.

Состояние тяжелое, в сознании, контактна, ориентирована. Агрессивна и раздражительна. Кожа горячая, гиперемирована, повышенной влажности.

Склеры обычной окраски, взгляд гневный, симптомы Кохера, Грефе положительные. Периферических отеков нет.

Периферические лимфатические узлы не увеличены.

Пульс 140 уд.в минуту, аритмичный. АД 130/80 мм рт ст. Тоны сердца ясные, звучные, аритмичные. Дыхание в легких жесткое, не ослаблено, симметрично проводится с двух сторон, частота-28 в минуту. Хрипов нет.

Язык сухой, налетов нет. Живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в верхних отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Местный статус. Форма шеи изменена за счет выпуклости на передней поверхности. Щитовидная железа равномерно увеличена, уплотнена. Узлы пальпаторно не определяются. Лимфатические узлы не увеличены.

Неотложные лечебно-диагностические манипуляции:

1. строгий постельный режим;
2. обеспечение сосудистого доступа;
3. назначение глюкокортикоидов (преднизолон);
4. назначение тиреостатиков (мерказолил);
5. назначение бета-адреноблокаторов (кардарон, обзидан);
6. назначение транквилизаторов;

Обследование в приемном отделении:

1. Обязательные лабораторные исследования
 - a. клинический анализ крови
 - b. общий анализ мочи
 - c. биохимический анализ крови
 - d. электролиты крови
 - e. гормоны щитовидной железы (Т3, Т4, ТТГ, антитела к тиреоглобулину и тиреопероксидазе)
2. УЗИ щитовидной железы.
3. ЭКГ
4. Консультация эндокринолога, кардиолога

Лабораторные данные:

Клинический анализ крови

Л	9,2	*1012
Эр	3,6	*109
Нб	110	г/л
П	2 %	
С	73	%
Э	8 %	
Б	1 %	
Лф	14	%
М	2 %	
СОЭ	8 мм	

Общий анализ мочи

Цвет	сж
Прозр	пр
Реакция кисл	
Плотность	1018
Белок	0
Эп. –пл.	1-3
Эп. –поч.	
Л	0-1-2
Э	1
Соли	0

Биохимический анализ крови

АЛТ	28,6	0-41,0	ЕД/л
Амилаза	62,4	15,0-100,0	ЕД/л
АСТ	36,4	0-38,0	ЕД/л
Креатинин	112,0	25,0-130,0	мкмоль/л
Глюкоза	4,8	3,05-6,38	ммоль/л
Билирубин	12,4	0,1-20,0	ммоль/л
Общ. Белок	68,4	63,0-85,0	г/л
Мочевина	6,2	0,1-8,3	ммоль/л

Электролиты крови:

Калий	– 6,0 (норма 3,6-6,3 ммоль/л)
Натрий	– 141 (норма 135-152 ммоль/л)
Хлориды	– 98 (95-110 ммоль/л)
Кальций (общий)	– 2,3 (норма 2,15-2,50 ммоль/л)
Фосфор	– 1,1 (норма 0,87-1,45 ммоль/л)

Гормоны щитовидной железы

Т3	– 3,1 (норма – 1,4-4,2 пг/мл)
Т4	– 238 (норма – 71-142 нмоль/л)
ТТГ	– 0,005 (норма – 0,4-4,0 мкМЕ/мл)
антитела к тиреоглобулину	– 164 МЕ/мл (норма – 0-40 МЕ/мл)

УЗИ щитовидной железы: ткань щитовидной железы умеренно увеличена в размерах, диффузно-неоднородная, без узлов

ЭКГ: Выраженная мерцательная аритмия

Сценарий №23. Гипертоническая болезнь II стадии. Гипертензивный криз I типа. (УК-1, ПК-7, ПК-12)

В приемное отделение многопрофильного стационара обратился мужчина 43 лет (участники – интерны).

Жалобы: на сильную головную боль, головокружение, сердцебиение, чувство страха, мелькание мушек перед глазами, ощущение жара, пульсации и дрожи во всем теле.

Анамнез болезни. Вышеперечисленные жалобы появились внезапно, после “разговора с начальником”. Была однократная рвота, не принеся облегчения, дважды – обильное мочеиспускание. Ранее подобных жалоб не было.

Анамнез жизни. Эпидемиологический анамнез: туберкулез, гепатит, венерические заболевания отрицает. Лекарственные препараты постоянно не принимает. Аллергологический анамнез: лекарственной непереносимости не отмечает.

Объективные данные. Состояние средней тяжести. Пациент возбужден. На лице, передней поверхности груди и шеи красные пятна. Кожа влажная.

ЧД - 20 в мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет.

Пульс 102 уд./мин. АД 190/100 мм рт. ст. тоны сердца звучные, акцент II тона на аорте.

Живот мягкий, безболезненный во всех отделах.

Неотложные лечебно-диагностические манипуляции:

1. успокоить больного, помочь ему принять удобное положение, обеспечить приток свежего воздуха;
2. купирование психоэмоционального возбуждения с использованием транквилизаторов (сибазон, реланиум, седуксен);
3. введение дибазола внутривенно медленно в разведении физиологическим раствором;
4. введение лазикса вместе с препаратами калия и магния (для предупреждения развития острой левожелудочковой недостаточности и отека легких, уменьшение объема циркулирующей крови);
5. если в течение 20-30 мин. после введения раствора дибазола эффект отсутствует, рекомендуется ввести клофелин подкожно или внутримышечно;
6. госпитализация пациента в кардиологическое отделение для обследования и лечения.

Сценарий №24. Гипертоническая болезнь II стадии Гипертензивный криз II типа. (УК-1, ПК-7, ПК-12)

Вызов бригады скорой помощи на дом к мужчине 68 лет (участники – фельдшер и медсестра скорой помощи)

Жалобы: на сердцебиение, одышку, головные боли.

Анамнез болезни: подобные жалобы беспокоят пациента в течение 2-х лет. К врачам не обращался, самостоятельно не лечился. Ухудшение состояния отмечает в течение месяца - усилилась одышка, он может спать только если голова находится на возвышении.

Анамнез жизни: Эпидемиологический анамнез: туберкулез, гепатит, венерические заболевания отрицает. Лекарственные препараты постоянно не принимает. Аллергологический анамнез: лекарственной непереносимости не отмечает.

Объективные данные. Состояние средней степени тяжести. Акроцианоз, бледность кожных покровов.

ЧД 23 в мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет.

Пульс 80 уд./мин. АД 190/110 мм рт.ст. Тоны сердца звучные, аритмичные, акцент II тона на аорте. При перкуссии левая граница сердца на 1 см кнаружи от средне-ключичной линии.

Живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Неотложные лечебно-диагностические манипуляции:

1. успокоить больного, помочь ему принять удобное положение, обеспечить приток свежего воздуха;
2. поставить горчичники на затылок, сделать горячие ножные ванны;
3. фуросемид внутрь однократно или нифедипин под язык или в каплях внутрь каждые 30 мин. до достижения эффекта;
4. либо фуросемид внутрь однократно и каптоприл (капотен) под язык или внутрь каждые 30-60 мин. до получения эффекта;
5. госпитализировать в стационар для обследования и подбора гипотензивных препаратов.

Сценарий №25. Травматический разрыв почки. (УК-1, ПК-7, ПК-12)

Больной 34 лет доставлен в приемное отделение многопрофильного стационара машиной скорой помощи после аварии. (участники – интерны)

Жалобы при поступлении: резкая слабость, головокружение, боли в левой половине живота, левой поясничной области, тошнота.

Анамнез болезни. ДТП 2 часа назад. Пешеход.

Анамнез жизни: Сопутствующие заболевания отрицает. Лекарственные препараты постоянно не принимает. Операций не было. Лекарственной непереносимости не отмечает.

Объективные данные.

Состояние тяжелое. В сознании, контактен, ориентирован. Вялый, адинамичный. Кожные покровы умеренно бледные, чистые, сухие. Склеры обычной окраски. Периферических отеков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пульс 122 уд. в минуту, ритмичный.

АД 90/60 мм рт ст. Тоны сердца ясные, звучные, ритмичные. Дыхание в легких жесткое, не ослаблено, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. Язык сухой, налетов нет. Живот не вздут, умеренно напряженный и болезненный в левых отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

В левой поясничной области имеются множественные ссадины, там же определяется болезненная припухлость мягких тканей, выраженное напряжение поясничных мышц слева.

Обследование в приемном отделении:

1. Обязательные лабораторные исследования
 - a. клинический анализ крови
 - b. общий анализ мочи
 - c. биохимический анализ крови
 - d. электролиты крови
2. Обзорная рентгенография органов грудной клетки, поясничного отдела позвоночника, мочевыделительной системы
3. УЗИ или КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства
4. Экскреторная урография
5. Консультация хирурга, уролога
6. Обеспечить сосудистый доступ
7. Проведение инфузионной терапии
8. Направление пострадавшего в операционную

Лабораторные данные:

Клинический анализ крови

Л 7,2 *10¹²

Эр 1,6 *10⁹

Нв 86 г/л

П 4 %

С 71 %

Э 8 %

Б 0 %

Лф 16 %

М 1 %

СОЭ 4 мм

Общий анализ мочи

Цвет красн

Прозр непр

Реакция кисл

Плотность 1021

Белок 0

Эп. –пл. 1-2

Эп. –поч.

Л 2-4

Э сплошь

Соли 0

Биохимический анализ крови

АЛТ 16,4 0-41,0 ЕД/л

Амилаза 64,8 15,0-100,0 ЕД/л

АСТ 26,2 0-38,0 ЕД/л

Креатинин 98,0 25,0-130,0 мкмоль/л

Глюкоза 5,2 3,05-6,38 ммоль/л

Билирубин 17,4 0,1-20,0 ммоль/л

Общ. Белок 74,8 63,0-85,0 г/л

Мочевина 7,2 0,1-8,3 ммоль/л

Электролиты крови:

Калий – 5,8 (норма 3,6-6,3 ммоль/л)

Натрий – 136 (норма 135-152 ммоль/л)

Хлориды – 102 (95-110 ммоль/л)

Обзорная рентгенография органов грудной клетки:

Легкие без инфильтративных и очаговых изменений, синусы свободны, костно-травматических изменений не выявлено

Обзорная рентгенография поясничного отдела позвоночника:

костно-травматических изменений не выявлено

Обзорная рентгенография органов брюшной полости:

свободного газа в брюшной полости и уровней жидкости в кишечнике не выявлено

Обзорная рентгенография мочевыделительной системы:

Патологических изменений не выявлено

УЗИ брюшной полости и почек: Выявлены признаки разрыва паренхимы левой почки. В остальном без патологии

КТ с контрастированием. Аксиальная проекция:

Экстравазация контрастного вещества в результате разрыва левой почки

Экскреторная урография: Выявлено затекание контрастного вещества в околопочечную клетчатку слева

Сценарий №26 Пневмоторакс (УК-1, ПК-7, ПК-12)

2 участника - прохожие, а 2 - врачи скорой медицинской помощи.

Двое участников оказались свидетелем падения мальчика из окна второго этажа. И они же вызвали скорую помощь.

Приехала машина скорой помощи с двумя врачами.

Пострадавший – мальчик на вид 15 лет (60 кг).

Жалобы: Пациент жалуется на боль в правой руке и груди, затрудненное дыхание, одышку.

Объективные данные: При осмотре правой руки пострадавшего в области лучезапястного сустава выявлен отек. При пальпации данной области боли резко усиливаются, имеется патологическая подвижность с крепитацией выше лучезапястного сустава.

В проекции V-VI ребер справа по передней подмышечной линии определяется кровоподтек 4 x 6 см.

Цианоз кожи и слизистых. Пульс 140 в минуту, слабого наполнения. Частота дыхания 32 за минуту, АД 90/70 мм.рт.ст., SpO₂ 80%.

Увеличение в объеме правой половины грудной клетки, взбухание мягких тканей в области надключичной ямки, расширение межреберных промежутков справа.

При перкуссии определяется тимпанит справа, при перкуссии коробочный звук над правой половиной грудной клетки, там же грудная клетка в акте дыхания не участвует, пальпаторно – костная крепитация. Дыхательные шумы не выслушиваются над правым легким, а над левым лёгким – выслушиваются.

Ход сценария:

Участники должны правильно обследовать и поставить верный диагноз. После произвести пункцию плевноторакса в нужной точке и должны осуществить транспортировку с иммобилизацией предплечья.

Необходимые действия:

1. Вызвана скорая помощь
2. Выявлен перелом костей предплечья
3. Выполнена временная иммобилизация предплечья подручными средствами
4. Осмотр пациента врачами скорой помощи
5. Выявлен плевноторакс
6. Назначена ингаляция кислорода
7. Надеты перчатки
8. Налажен внутривенный доступ
9. Введено обезболивающее средство
10. Получено информированное добровольное согласие на проведение пункции плевральной полости
11. Обработаны антисептиком перчатки и место пункции
12. Уточнен анамнез для выбора анестетика
13. Набран в шприц анестетик, сменена игла, выпущен воздух
14. Произведена инфильтрационная анестезия во втором межреберье по среднеключичной линии на стороне поражения по верхнему краю ребра
15. Вскрыта стерильная игла для пункции
16. Игла введена перпендикулярно поверхности грудной клетки, получен воздух
17. Игла оставлена на месте пункции
18. По здоровой конечности смоделирована шина, согнута на 90 градусов на уровне локтевого сустава
19. Лестничная шина Крамера зафиксирована бинтами к правой кисти, предплечью, плечу
20. Пациент транспортирован в стационар

Сценарий № 27. Травма селезенки (УК-1, ПК-7, ПК-12)

Больной 36 лет, водитель мотоцикла, попал в ДТП. Врезался в дорожное ограждение, перелетел через руль, ударился животом о руль. Сам вызвал скорую помощь, доставлен в приемное отделение стационара. (участники – интерны)

Жалобы: умеренные боли в области левого подреберья.

Анамнез болезни. Около 2 часов назад попал в ДТП. Управлял мотоциклом, который занесло на скользкой дороге. На скорости около 30 км/час врезался в дорожное ограждение. Был в шлеме. Ударился животом о руль, перелетел через него и упал в сугроб у обочины. Сознание не терял, по ощущениям головой, грудью не ударялся. Головокружения, тошноты, рвоты не было. Алкоголь накануне, со слов, не употреблял.

В момент укладки на кушетку для осмотра внезапно возникли интенсивные боли в области левого подреберья с иррадиацией в левое надплечье. Появился холодный пот, резкая слабость, головокружение, шум в ушах.

Анамнез жизни. Эпидемиологический анамнез: туберкулез, гепатит, венерические заболевания отрицает. За последний год за пределы города и области не выезжал. Сопутствующие заболевания: хронические заболевания отрицает. Лекарственные препараты постоянно не принимает. Травм, операций раньше не было. Аллергологический анамнез: лекарственной непереносимости не отмечает.

Объективные данные. Состояние средней тяжести. В сознании, контактен, ориентирован в месте и времени. Кожные покровы умеренно бледные, чистые, влажные. Акроцианоза нет. В проекции левого подреберья определяется ссадина и кровоподтек 4 x 6 см. Ссадин, кровоподтеков в других областях нет. Склеры обычной окраски. Периферических отеков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены.

Пульс 98 уд.в минуту, ритмичный. АД 100/60 мм рт ст. Тоны сердца ясные, чистые, ритмичные, частые. Дыхание в легких везикулярное, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. Подкожной эмфиземы нет. Межреберные промежутки не расширены, симметричны с двух сторон. Перкуссия грудной клетки без особенностей. Границы легочных полей в нормальных пределах. ЧД 20 в минуту.

Язык влажный, не обложен. Живот не вздут, симметричный, умеренно напряжен, болезненный во всех отделах, больше слева. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Край печени по реберной дуге. Желчный пузырь не пальпируется. Селезенка не увеличена. Перистальтика выслушивается. Шума плеска, притупления в отлогах местах отчетливо не определяется. Печеночная тупость сохранена. Стул 1 сутки назад. Дизурических явлений не отмечал.

Per rectum: сфинктер в тонусе. На высоте пальца патологических образований не пальпируется. В ампуле прямой кишки следы коричневого кала.

Неотложные лечебно-диагностические манипуляции:

1. установка мочевого катетера;
2. установка центрального венозного доступа;
3. инфузия кристаллоидных и коллоидных растворов под контролем АД и ЦВД;
4. определение группы крови;
5. лапароцентез с методикой шарящего катетера;
6. экстренная операция при подтверждении внутрибрюшного кровотечения

Обследование в приемном отделении:

1. Обязательные лабораторные исследования
 - a. клинический анализ крови
 - b. общий анализ мочи
 - c. биохимический анализ крови
 - d. кровь на этанол
2. Обзорная рентгенограмма грудной клетки, таза.
3. ЭКГ
4. УЗИ брюшной полости.
5. Консультации смежных специалистов: реаниматолог, травматолог, нейрохирург, терапевт, уролог, трансфузиолог.

Ход сценария: в процессе обследования состояние больного ухудшается. АД снижается до 60/40, пульс 120 в минуту. При выполнении лапароцентеза по катетеру поступает алая кровь.

Лабораторные данные:

Клинический анализ крови

Л 7,4 *1012

Эр 3,1 *109

Нв 92 г/л

П 3 %

С 62 %

Э 3 %

Б 0 %

Лф 27 %

М 5 %

СОЭ 12 мм

Общий анализ мочи

Цвет сж

Прозр пр

Реакция кисл

Плотность 1020

Белок 0

Эп. –пл. 2-4

Л 0-1-2

Э 0

Соли 0

Биохимический анализ крови

АЛТ 39,4 0-41,0 ЕД/л

Амилаза 45,8

15,0-100,0 ЕД/л

АСТ 37,4 0-38,0 ЕД/л

Креатинин 72,0 25,0-130,0 мкмоль/л

Глюкоза 4,2 3,05-6,38 ммоль/л

Билирубин 9,4 0,1-20,0 ммоль/л

Общ. Белок 71,3

63,0-85,0 г/л

Мочевина 6,0 0,1-8,3 ммоль/л

Обзорная рентгенограмма грудной клетки

На обзорной рентгенограмме грудной клетки инфильтративных и очаговых образований. Легкие расправлены. Срединные структуры не смещены. Тень сердца не расширена. Жидкости в плевральных полостях нет. Переломов ребер в видимых участках не визуализируется.

Рентгенограмма таза: без костно-травматических изменений.

УЗИ брюшной полости - свободная жидкость в брюшной полости под печенью и в малом тазу. Селезенка лоцируется фрагментарно, оценка ее структуры затруднена. Печень не увеличена, признаков повреждения в видимых отделах нет. В синусах плевры жидкость не лоцируется. Расхождения листков перикарда нет.

ЭКГ: синусовая 100 в минуту, процессы реполяризации без особенностей.

Сценарий № 28. Ножевое ранение (УК-1, ПК-7, ПК-12)

Больной, 35 лет, доставлен скорой медицинской помощью в шок-зал стационара. Около 1 часа назад в драке получил удар ножом в правую половину грудной клетки (участники – интерны)/

Жалобы: Боль в грудной клетке справа, чувство нехватки воздуха, слабость, невозможность глубоко вздохнуть из-за боли. Анамнез болезни. Около 1 часа во время драки с неизвестными на улице получил удар ножом в правую половину грудной клетки. Сознание не терял. Головокружения, тошноты, рвоты не было. Другие повреждения отрицает. Алкоголь накануне, со слов, не употреблял. За время транспортировки появилось ощущение нехватки воздуха.

Анамнез жизни. Эпидемиологический анамнез: туберкулез, гепатит, венерические заболевания отрицает. За последний год за пределы города и области не выезжал. Сопутствующие заболевания: хронические заболевания отрицает. Лекарственные препараты постоянно не принимает. Травм, операций раньше не было. Аллергологический анамнез: новокаин – анафилактический шок в анамнезе.

Объективные данные. Состояние средней тяжести. В сознании, контактен, ориентирован в месте и времени. Кожные покровы умеренно бледные, чистые, сухие. Акроцианоза нет. Склеры обычной окраски. Периферических отеков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены.

Пульс 102 уд. в минуту, ритмичный. АД 100/60 мм.рт. ст. Тоны сердца ясные, чистые, ритмичные. Визуально – дыхание поверхностное, пытается щадить правую половину груди, придерживает ее рукой. Дыхание в легких слева везикулярное, справа – жесткое, ослабленное. Хрипов нет. Пальпаторно определяется умеренно выраженная подкожная эмфизема в области ранения. Межреберные промежутки не расширены, симметричны с двух сторон. При перкуссии над правой половиной грудной клетки определяется тимпанит, притупление в нижних отделах на уровне 6-7 ребра. Слева границы легочных полей в нормальных пределах. ЧД 22 в минуту.

Язык влажный, не обложен. Живот не вздут, симметричный, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Край печени по реберной дуге. Желчный пузырь не пальпируется. Селезенка не увеличена. Перистальтика выслушивается отчетливо. Шума плеска, притупления в отлогах местах нет. Печеночная тупость сохранена.

Стул 1 сутки назад. Дизурических явлений не отмечал. Per rectum: сфинктер в тонусе. На высоте пальца патологических образований не пальпируются. В ампуле прямой кишки следы коричневого кала. Местный статус. В проекции VI межреберья по передней подмышечной линии под наложенной врачом скорой помощи повязкой определяется колото-резаная рана 2*0,5 см. Повязка умеренно промокла кровью. Ранений, ссадин, кровоподтеков в других областях нет.

Неотложные лечебно-диагностические манипуляции:

1. обзорная рентгенограмма органов грудной клетки;
2. при выявлении гемопневмоторакса - дренирование плевральной полости справа во 2 межреберье по средней ключичной линии и в 7-8 межреберье по задней подмышечной линии (допускается установка одного дренажа в 5 межреберье по средней подмышечной линии);
3. выполнение пробы Рувелуа-Грегуара;
4. установка системы пассивной аспирации по Бюллау;
5. первичная хирургическая обработка раны грудной стенки;
6. контрольный снимок после дренирования;
7. введение противостолбнячной сыворотки и анатоксина;
8. проведение инфузионной терапии растворами кристаллоидов, коллоидов;
9. введение эритроцитарной массы, свежемороженой плазмы

Обследование в приемном отделении:

1. Обязательные лабораторные исследования
 - a. клинический анализ крови
 - b. общий анализ мочи
 - c. биохимический анализ крови
 - d. коагулограмма
 - e. кровь на этанол
2. Обзорная рентгенограмма грудной клетки.
3. ЭКГ
4. УЗИ брюшной полости.
5. Консультации смежных специалистов: терапевт, трансфузиолог.

Лабораторные данные:

Л	10,5	*1012	АСТ	37,4	0-38,0	ЕД/л	
Эр	3,5	*109	Креатинин	72,0	25,0-130,0		мкмоль/л
Нб	98	г/л	Глюкоза	4,2	3,05-6,38	ммоль/л	
П	3 %		Билирубин	9,4	0,1-20,0	ммоль/л	
С	62	%	Общ. Белок	71,3	63,0-85,0	г/л	
Э	3 %		Мочевина	6,0	0,1-8,3	ммоль/л	
Б	0 %		Коагулограмма				
Лф	27	%	Протромбин	98	80-110	%	
М	5 %		МНО	1,1	0,85-1,35		
СОЭ	18	мм	АЧТВ	35	30-40	сек	
			Фибриноген	4,8	4-6	г/л	
			ВСК по Ли-Уайту	5,5	5-7	мин	
			Обзорная рентгенограмма грудной клетки				

Общий анализ мочи

Цвет	сж
Прозр	пр
Реакция кисл	
Плотность	1022
Белок	0
Эп. -пл.	2-4
Л	0-1-2
Э	0
Соли	0

На обзорной рентгенограмме грудной клетки определяется пневмоторакс с коллапсированием преимущественно нижней доли правого легкого на 1/2 объема. Срединные структуры не смещены. Тень сердца не расширена. В правой плевральной полости определяется жидкость до переднего края VI ребра.

УЗИ брюшной полости - свободной жидкости в брюшной полости, признаков повреждения паренхиматозных органов не лоцируется. В синусах плевры жидкость не лоцируется. Расхождения листков перикарда нет.

Биохимический анализ крови

АЛТ	39,4	0-41,0	ЕД/л
Амилаза	45,8	15,0-100,0	ЕД/л

ЭКГ: синусовая тахикардия 98 в минуту, процессы реполяризации без особенностей.

Описание раны в ходе первичной хирургической обработки

В проекции VI межреберья по передней подмышечной линии определяется колото-резаная рана 2*0,5 см. Рана ориентирована горизонтально по ходу межреберья. Края раны ровные, углы острые, на нижнем крае засечка размером 4 мм от обратного хода лезвия ножа. Кровотечения из раны на момент осмотра нет. Раневой канал в тканях ориентирован спереди назад и несколько медиально, проникает в плевральную полость.

Обзорная рентгенограмма грудной клетки через 1 сутки после дренирования - Легкие полностью расправлены. Тень дренажа в правой плевральной полости. Тень сердца не расширена. Срединные структуры не смещены. Жидкости в плевральных полостях не определяется.

Ход сценария: При дефекте сбора анамнеза и выполнении местной анестезии новокаином – у больного развивается анафилактический шок.

При выборе экстренной торакотомии вместо дренирования плевральной полости операционные находки: в плевральной полости скудное количество жидкой крови. Признаков повреждения ткани легкого, продолжающегося кровотечения нет. При выполнении пробы Рувелуа-Грегуара из плевральной полости в ходе дренирования получено 350 мл темно-вишневой крови, эвакуированная кровь не сворачивается.

При попытке дренирования троакаром в 8 межреберье по заде-подмышечной линии – ранение печени (состояние больного прогрессивно ухудшается в течение ближайших часов).

Сценарий №29. Нарушение кишечной проходимости. (УК-1)

Больная 60 лет доставлена в приемное отделение многопрофильного стационара машиной скорой помощи (участники – интерны).

Жалобы: тошнота, 1 раз рвота за прошедшие сутки, умеренные боли в животе в области мезогастрия, отсутствие стула в течение 4 дней.

Анамнез болезни. В течение последнего месяца отмечает умеренную слабость, снижение работоспособности, тенденцию к запорам, потерю аппетита. Периодически отмечала чередование запоров с поносами. Последний стул был 4 дня назад, пастообразный, коричневого цвета, с примесью слизи. Крови, черного в стуле не было. Около 3 дней назад появились ноющие боли по всему животу, больше в области мезогастрия, газы отходили. Боли носили постоянный характер, выросли к моменту госпитализации. В течение последних 1,5 дней беспокоит тошнота. Была необильная рвота 1 раз съеденной пищей. Нарушений мочеиспускания не отмечала.

Ранее не обследовалась, за медицинской помощью с указанными жалобами не обращалась.

Анамнез жизни. Эпидемиологический анамнез: туберкулез, гепатит, венерические заболевания отрицает. За последний год за пределы города и области не выезжала.

Сопутствующие заболевания: ИБС: атеросклеротический и постинфарктный кардиосклероз, гипертоническая болезнь 2 ст. ОНМК, сахарный диабет отрицает. Лекарственные препараты постоянно не принимает.

Аппендэктомия 15 лет назад по поводу флегмонозного аппендицита.

Аллергологический анамнез: лекарственной непереносимости не отмечает.

Объективные данные. Состояние средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски, чистые, сухие. Склеры обычной окраски. Периферических отеков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены.

Пульс 84 уд.в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/70 мм.рт. ст. Тоны сердца ясные, чистые, ритмичные.

Дыхание в легких везикулярное, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет. Язык влажный, обложен белым налетом.

Живот вздут, симметричный, мягкий, умеренно болезненный в области мезогастрия, левого фланга. Послеоперационный рубец в правой подвздошной области. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Патологические образования не пальпируются. Нижний край печени по реберной дуге. Желчный пузырь не пальпируется. Притупления в отлогах местах живота нет. Печеночная тупость сохранена. Симптом Орнтера отрицательный. Селезенка не увеличена. Перистальтика кишечника выслушивается. Шума плеска нет.

Per rectum: сфинктер в тонусе. На высоте пальца патологических образований не пальпируется. Ампула прямой кишки пустая, кала нет.

Неотложные лечебно-диагностические манипуляции:

1. обзорная рентгенография брюшной полости;
2. постановка желудочного зонда (при постановке эвакуировано около 500 мл застойного содержимого);
3. постановка сифонной клизмы (при правильном проведении отходят газы, получен стул);
4. проведение инфузионной терапии;
5. введение спазмолитиков внутримышечно;
6. исследование пассажа бария по кишечнику (в первые сутки);
7. фиброколоноскопия с биопсией или ирригоскопия;
8. сывороточное железо, фолаты и витамин В12 сыворотки;
9. при выявлении анемии назначение препаратов железа

Обследование в приемном отделении:

1. Общий клинический минимум.
 - a. Клинический анализ крови
 - b. Биохимический анализ крови
 - c. Электролиты крови
 - d. Общий анализ мочи
2. Обзорная рентгенография брюшной полости.

Лабораторные данные:

Клинический анализ крови

Эритроциты	3,7	*1012
Лейкоциты	8,4	*109
П5	%	
С68	%	
Гемоглобин	83	г/л
Тромбоциты	368	*109

Общий анализ мочи

Цвет	с/ж
Прозр	Пр.
Реакция	Кисл
Плотность	1.028
Белок	0
Эп. –пл.	Ед
Л	1-2

Биохимическое исследование крови			
Амилаза	36,8	15,0-100,0	ЕД/л
АлАТ	16,9	0-41,0	ЕД/л
АсАТ	24,8	0-38,0	ЕД/л
Глюкоза	6,1	3,05-6,38	ммоль/л
Билирубин	18,4	0,1-20,0	ммоль/л
Общ.белок	48,3	63,0-85,0	г/л
Мочевина	7,8	0,1-8,3	ммоль/л
Креатинин	128,3	25,0-130,0	мкмоль/л
Электролиты крови			
К+	4,8	3,5-5,5	ммоль/л
Na+	140	136-145	ммоль/л
Cl-	96,3	97-108	ммоль/л

Фиброколоноскопия. Ободочная кишка осмотрена до селезеночного угла. Выявлена плотная бугристая опухоль селезеночного угла ободочной кишки, охватывающая до $\frac{3}{4}$ ее окружности. Поверхность опухоли контактно кровоточива. Аппарат диаметром 1 см с трудом проходит за место сужения, дальнейшее его продвижение вызывает резкую болезненность. Взята биопсия.

Гистологическое заключение. Умеренно дифференцированная аденокарцинома.

Обзорная рентгенограмма брюшной полости - на снимке определяются мелкие уровни жидкости. Контур диафрагмы ровный. Свободного газа под диафрагмой не определяется.

Ирригоскопия - Выявлен участок циркулярного сужения ободочной кишки в области селезеночного угла. Подвижность пораженного участка ограничена, стенка ригидная. Приводящий участок кишки умеренно расширен, продвижение бариевой взвеси в него замедлено.

Пассаж бариевой взвеси через 6 часов (см. рентгенограмму 1), через 12 часов (см. рентгенограмму 2), через 18 часов (см. рентгенограмму 3).

Окончательный диагноз. Рак селезеночного ободочной кишки (умеренно дифференцированная аденокарцинома). Обтурационная форма, осложненная субкомпенсированным стенозом.

Ход сценария. При правильно проведенной консервативной терапии боли в животе стихают, рвота не повторяется, после всех выполненных манипуляций отходят стул и газы. Хирургическое лечение следует проводить после подготовки, компенсации анемии. Объем вмешательства: левосторонняя гемиколэктомия с первичным наложением анастомоза. При выборе в качестве неотложных действий экстренной операции интраоперационные находки следующие. В брюшной полости скудное количество серозного выпота. Стенозирующая опухоль селезеночного угла ободочной кишки, охватывающая $\frac{3}{4}$ окружности кишки. Петли кишечника проксимальнее опухоли раздуты незначительно. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Видимых отдаленных метастазов нет.

Сценарий №30. Диафрагмальная грыжа. (УК-1)

Больная 35 лет доставлена в приемное отделение многопрофильного стационара машиной скорой помощи (участники – интерны).

Жалобы: резкие боли в верхних отделах живота и нижних отделах грудной клетки, тошноту, многократную рвоту съеденной пищей, головокружение.

Анамнез болезни. Боль в животе возникла резко около 1,5 часов назад, после физической нагрузки, накануне хорошо поела. Характер болей – режущий. Практически одновременно с болью возникла многократная рвота, не приносящая облегчения. За время доставки в стационар характер и интенсивность болей не менялись. Последний стул был 15 часов назад, оформленный, коричневого цвета. Крови, черного в стуле не было. Нарушений мочеиспускания не отмечала. Ранее не обследовалась, на протяжении последних 3-4 лет отмечала частые изжоги. Болей в животе не было.

Анамнез жизни. Эпидемиологический анамнез: туберкулез, гепатит, венерические заболевания отрицает. За последний год за пределы города и области не выезжала. Сопутствующие заболевания: отрицает. Не обследовалась. Операций не было. Аллергологический анамнез: лекарственной непереносимости не отмечает.

Объективные данные. Состояние тяжелое. Положение на каталке вынужденное – лежит на боку, подтянув ноги к животу, периодически мечется от болей. Кожные покровы бледные, чистые, сухие. Склеры обычной окраски. Периферических отеков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены.

Пульс 102 уд. в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 130/70 мм. рт. ст. Тоны сердца ясные, чистые, ритмичные. Верхушечный толчок смещен медиально. Перкуторные границы сердца смещены вправо. Дыхание в легких везикулярное, ослаблено в нижних отделах слева, где выслушиваются шумы, похожие на кишечную перистальтику. Хрипов нет. Перкуторно нижняя граница левого легкого смещена вверх на 3-4 межреберья, ниже ее определяется тимпанит.

Язык сухой, обложен густым белым налетом. Живот ассиметрично вздут и резко болезненный в верхних отделах, мягкий. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Шума «плеска» нет. Патологические образования не пальпируются. Нижний край печени по реберной дуге. Желчный пузырь не пальпируется. Печеночная тупость сохранена. Притупления в отлогих местах живота нет. Симптом Орнтера отрицательный. Селезенка не увеличена. Перистальтика сохранена. Шума плеска нет.

Per rectum: сфинктер в тонусе. На высоте пальца патологические образования не пальпируются. Ампула прямой кишки заполнена. На перчатке следы кала коричневого цвета.

Неотложные лечебно-диагностические манипуляции:

1. постановка желудочного зонда;
2. контрастная рентгенография желудка с введением бариевой суспензии через зонд;
3. неотложная операция в сроки не более 2 часов после поступления больного в стационар;
4. постановка венозного катетера;
5. инфузионная терапия под контролем ЦВД;

6. введение антибиотиков;
7. постановка желудочного зонда;
8. постановка мочевого катетера;
9. хирургическое вмешательство: срединная лапаротомия, низведение желудка в брюшную полость, его деторсия, фундопексия и крурорафия, проведение назогастрального зонда в двенадцатиперстную кишку, дренирование брюшной полости.

Обследование в приемном отделении:

1. Общий клинический минимум.
 - a. Клинический анализ крови
 - b. Биохимический анализ крови
 - c. Электролиты крови
 - d. Общий анализ мочи
2. Обзорная рентгенография брюшной полости и грудной клетки.
3. УЗИ брюшной полости.
4. ЭКГ.

Лабораторные данные:

Клинический анализ крови

Лейкоциты	9,4	*1012
Эритроциты	5,2	*109
Гемоглобин	160	г/л
Тромбоциты	368	*109
П	2 %	
С	71	%
Э	2 %	
Б	1 %	
Лф	22	%
М	2 %	
СОЭ	7 мм	

Общий анализ мочи

Цвет	сж
Прозр	пр
Реакция кисл	
Плотность	Мало мочи
Белок	0
Эп. –пл.	1-2
Эп. –поч.	
Л	0-1-2
Э	0
Соли	0

Биохимическое исследование крови

Амилаза	36,8	15,0-100,0	ЕД/л
АЛТ	36,9	0-41,0	ЕД/л
АсАТ	35,8	0-38,0	ЕД/л
Глюкоза	6,1	3,05-6,38	ммоль/л
Билирубин	18,4	0,1-20,0	ммоль/л

Общ.белок	82,3	63,0-85,0	г/л
Мочевина	6,8	0,1-8,3	ммоль/л
Креатинин	120,3	25,0-130,0	мкмоль/л

Электролиты крови

К+	4,8	3,5-5,5	ммоль/л
Na+	140	136-145	ммоль/л
Cl-	96,3	97-108	ммоль/л

УЗИ брюшной полости

Печень не увеличена. Желчный пузырь не растянут, стенка не утолщена, пузырный проток 3 мм. Холедох не расширен. Диффузные изменения поджелудочной железы.

ЭКГ: синусовая тахикардия 98 в минуту, процессы реполяризации без особенностей.

Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки

Правое легкое расправлено, синусы свободны. Левое легкое поджато вверх за счет тонкостенного полостного образования с уровнем жидкости. Верхний край образования находится на уровне переднего отрезка 3 ребра. Тень сердца смещена вправо. Свободного газа под правым куполом диафрагмы нет. Рентгенография желудка с бариевой взвесью

Тень желудочного зонда с контрастной массой в пищеводе. Пищеводно-желудочный переход расположен в типичном месте. Далее желудок практически полностью расположен выше уровня диафрагмы, растянут содержимым, ротирован. Поступления контрастной массы ниже нет.

Сценарий №31. Бронхоплевральный свищ (УК-1)

Больной 65 лет доставлен в приемное отделение многопрофильного стационара машиной скорой помощи (участники – интерны).

Жалобы: на интенсивную боль в левой половине грудной клетки, кашель с выделением мелких сгустков крови, увеличение в объеме левой половины грудной клетки, одышку в покое.

Анамнез болезни. Больному 2,5 недели назад выполнена пульмонэктомия слева по поводу периферического рака верхней доли левого легкого Т3N2M0. 4 дня назад выписан из стационара. Дома 2 дня назад отмечен подъем температуры тела до 38-39. Сегодня днем появился кашель, с мокротой выделяются мелкие сгустки крови. В течение последующих 4-5 часов нарасла одышка, левая половина грудной клетки резко увеличилась в размерах.

Анамнез жизни. Эпидемиологический анамнез: туберкулез, гепатит, венерические заболевания отрицает. За последний год за пределы города и области не выезжал.

Сопутствующие заболевания: ИБС: атеросклеротический кардиосклероз, гипертоническая болезнь 2 ст. ОНМК, сахарный диабет отрицает. Лекарственные препараты постоянно не принимает.

Аллергологический анамнез: лекарственной непереносимости не отмечает.

Объективные данные. Состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, чистые, сухие, с явлениями акроцианоза. Склеры обычной окраски. Периферических отеков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены.

Пульс 102 уд. в минуту, частый, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 110/60 мм. рт. ст. Тоны сердца чистые, ритмичные. Левая граница сердечной тупости по краю грудины – смещена вправо.

Одышка до 28-30 в минуту. Грудная клетка при осмотре увеличена слева. Межреберные промежутки слева расширены. В проекции V межреберья имеется послеоперационный рубец. Резко выраженная подкожная эмфизема левой половины грудной клетки, шеи, передней брюшной стенки с распространением на левое плечо. Дыхание в легких жесткое, выслушивается только справа, ослаблено. Хрипов нет. Перкуторно над левой половиной грудной клетки коробочный звук, в нижних ее отделах – притупление до 6 ребра.

Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, симметричный, мягкий, безболезненный во всех отделах.

Подкожная эмфизема. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Патологические образования не пальпируются.

Нижний край печени по реберной дуге. Желчный пузырь не пальпируется. Притупления в отлогих местах живота нет.

Печеночная тупость сохранена. Симптом Ортнера отрицательный. Селезенка не увеличена. Перистальтика кишечника

выслушивается. Шума плеска нет.

Per rectum: сфинктер в тонусе. На высоте пальца патологические образования не пальпируются. В ампуле прямой кишки коричневый кал.

Неотложные лечебно-диагностические манипуляции:

1. обзорная рентгенография грудной клетки;
2. бронхоскопия;
3. выполнить дренирование троакаром для эвакуации воздуха во 2 межреберье по среднеключичной линии;
4. выполнить дренирование с помощью зажима в 7-8 межреберье по заднеподмышечной линии для эвакуации жидкости из плевральной полости;
5. оценка количества и характера эвакуированной жидкости (выделилось около 800 мл серозно-гнойного отделяемого), отправка на цитологию и посев;
6. установка системы пассивной аспирации по Бюллау;
7. контрольная рентгенография после дренирования;
8. начало антибактериальной терапии.

Обследование в приемном отделении:

1.Общий клинический минимум.

а. Клинический анализ крови

б. Биохимический анализ крови

с. Общий анализ мочи

2.Обзорная рентгенография грудной клетки.

3.ЭКГ.

4.Бронхоскопия.

Лабораторные данные:

Клинический анализ крови

Л 14,5 *1012

Эр 3,5 *109

Нв 98 г/л

П 20 %

С 54 %

Э 3 %

Б 0 %

Лф 15 %

М 5 %

СОЭ 54 мм

Общий анализ мочи

Цвет сж

Прозр пр

Реакция кисл

Плотность 1020

Белок 0

Эп. –пл. 2-4

Л 0-1-2

Э 0

Соли 0

Биохимический анализ крови

АЛТ 39,4 0-41,0 ЕД/л

Амилаза 45,8 15,0-100,0 ЕД/л

АСТ 37,4 0-38,0 ЕД/л

Креатинин 96,0 25,0-130,0 мкмоль/л

Глюкоза 4,2 3,05-6,38 ммоль/л

Билирубин 9,4 0,1-20,0 ммоль/л

Общ. Белок 48,3 63,0-85,0 г/л

Мочевина 7,0 0,1-8,3 ммоль/л

Бронхоскопия - гибким бронхоскопом осмотрены дыхательные пути. Гнойный эндобронхит. Культя левого бронха короткая (не более 2 мм). Имеется дефект швов размерами 0,5*0,7 см.

Обзорная рентгенограмма грудной клетки (рентгенограмма 1) - Выраженная подкожная и межмышечная эмфизема грудной стенки и шеи, больше слева. Пневмомедиастинум. Слева ткань легкого отсутствует – состояние после пневмонэктомии. Тень скрепок механического шва. В левой плевральной полости жидкость до переднего края VI ребра. Тень средостеня смещена вправо. Правое легкое расправлено, легочное поле уменьшено в размерах из-за смещенного средостеня. Жидкости в правой плевральной полости нет.

ЭКГ: синусовая тахикардия 110 в минуту, диффузное нарушение процессов реполяризации.

Обзорная рентгенограмма грудной клетки после дренирования (рентгенограмма 2)

Ход сценария. Состояние больного постепенно вновь становится тяжелым. Нарастает одышка в покое до 26-28 в минуту. Появляется акроцианоз. Подкожная эмфизема не нарастает. Отмечается резкое увеличение сброса воздуха по плевральному дренажу. У больного отмечается выраженное нарастание дыхательной недостаточности (наиболее вероятная причина: прогрессирующее расширение размеров свищевого хода). Сатурация кислорода 35%.

Неотложные мероприятия при ухудшении состояния:

1. перевод больного в отделение реанимации и интенсивной терапии, раздельная интубация (через правый бронх), искусственная вентиляция обогащенной кислородом дыхательной смесью (вплоть до 100% при тяжелой гипоксемии);
2. рентгенограмма грудной клетки в двух проекциях;
3. хирургическое закрытие свища. Объем вмешательства: при длинной культи возможно бронхоскопическое введение губки (обтурация), либо инъекция геля в подслизистое пространство. В данном случае, из-за короткой культи, реторакотомия с попыткой ушивания дефекта, которую необходимо дополнить пластикой лоскутом мышечной ткани. Учитывая наличие эмпиемы, возможное завершение операции – создание торакостомы с тампонированием левой плевральной полости.

Сценарий №32. Пахово-мошоночная грыжа (УК-1)

Больной 64 лет доставлен в приемное отделение многопрофильного стационара машиной скорой помощи (участники – интерны)

Жалобы: тошнота, многократная рвота застойным отделяемым за прошедшие сутки, интенсивную боль в правой паховой области, области мошонки, разлитые боли в животе.

Анамнез болезней. В течение 5 лет страдает правосторонней пахово-мошоночной грыжей, за медицинской помощью не обращался. Периодически отмечал болевые ощущения в области грыжевого выпячивания. Около 3 дней назад работал на даче, поднимал тяжести. На этом фоне появились резкие боли в области грыжевого выпячивания, которое перестало вправляться в брюшную полость. Скорую помощь не вызывал, принимал обезболивающие препараты без выраженного эффекта. Через 1 день мошонка еще несколько увеличилась в объеме, стала плотной, появилась краснота кожных покровов в области выпячивания. К вечеру боль в области грыжи несколько стихла, но начала нарастать тошнота, появилась повторная рвота, появились разлитые боли в животе. Газы, стул не отходили. Нарушений мочеиспускания не отмечал. К утру на 3 день появилась лихорадка до 39,0 С. Приехавшие на дачу родственники больного, вызвали скорую помощь. Ранее не обследовался, за медицинской помощью с указанными жалобами не обращался.

Анамнез жизни. Эпидемиологический анамнез: туберкулез, гепатит, венерические заболевания отрицает. За последний год за пределы города и области не выезжал. Сопутствующие заболевания: ИБС: атеросклеротический кардиосклероз, гипертоническая болезнь 2 ст. ОИМ, ОНМК, сахарный диабет отрицает. Лекарственные препараты постоянно не принимает. Травм, операций не было. Аллергологический анамнез: лекарственной непереносимости не отмечает. Объективные данные. Состояние тяжелое. В сознании, контактен, ориентирован. Вялый, адинамичный. Кожные покровы умеренно бледные, чистые, сухие.

Пульс 96 уд.в.минуту, ритмичный. АД 100/60 мм рт.ст. Тоны сердца ясные, чистые, ритмичные. Дыхание в легких жесткое, не ослаблено, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет.

Язык сухой, обложен белым налетом. Живот вздут, умеренно напряженный и болезненный в нижних отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный в нижних отделах. Край печени +1 см ниже реберной дуги. Желчный пузырь не пальпируется. Селезенка не увеличена.

Перистальтика вялая. Шум плеска в нижних отделах живота. Притупления в отлогих местах живота нет. Печеночная тупость сохранена.

Рег rectum: сфинктер в тонусе. На высоте пальца патологических образований не пальпируется. В ампуле прямой кишки кала нет.

Местный статус. В правой паховой области определяется грыжевое выпячивание 10 x 8 x 14 см, спускающееся в мошонку, плотное напряженное, резко болезненное, не вправимое в брюшную полость. Кожа над ним гиперемирована, подкожная клетчатка инфильтрирована. Симптом кашлевого толчка отрицательный.

Неотложные лечебно-диагностические манипуляции:

1. обзорная рентгенограмма брюшной полости;
2. предоперационная подготовка в условиях ОРИТ или на операционном столе;
3. обеспечение сосудистого доступа;
4. предоперационная инфузионная подготовка под контролем ЦВД;
5. постановка мочевого катетера;
6. постановка желудочного зонда (выделилось около 1,5 литров застойного содержимого с каловым запахом);
7. введение антибактериального препарата;
8. неотложная операция в сроки не более 2 часов после поступления в стационар.
9. Срединная лапаротомия (внутрибрюшной этап). При ущемлении тонкой кишки выполняется ее резекция с наложением анастомоза. Вопрос о способе завершения резекции толстой кишки решается индивидуально. Концы кишки, подлежащей удалению, зашиваются наглухо и отграничиваются от брюшной полости.
10. Выполняется герниотомия. Ущемленная некротизированная часть кишки удаляется через герниотомический разрез с последующим ушиванием брюшины, первичная герниопластика не производится. В ране выполняется некрэктомия, затем дренирование.
11. Внутрибрюшной этап операции заканчивается интубацией тонкой кишки в случае ее перерастяжения и дренированием брюшной полости.

Обследование в приемном отделении:

1. Обязательные лабораторные исследования
 - a. клинический анализ крови
 - b. общий анализ мочи
 - c. биохимический анализ крови
 - d. Электролиты крови
2. Обзорная рентгенограмма брюшной полости.
3. Дополнительные исследования и консультации: рентгенография грудной клетки,

4. ЭКГ, УЗИ (по показаниям)
5. консультация терапевта.

Лабораторные данные:
 Клинический анализ крови
 Л 18,3 *1012
 Эр 4,81 *109
 Нв 150 г/л
 П 15 %
 С 72 %
 Э 2 %
 Б 0 %
 Лф 10 %
 М 1 %
 СОЭ 17 мм

Э 0
 Соли окс 2

Биохимический анализ крови
 АЛТ 12,2 0-41,0 ЕД/л
 Амилаза 45,8 15,0-100,0 ЕД/л
 АСТ 12,6 0-38,0 ЕД/л
 Креатинин 128 25,0-130,0 мкмоль/л
 Глюкоза 5,6 3,05-6,38 ммоль/л
 Билирубин 18,2 0,1-20,0 ммоль/л
 Общ. Белок 71,4 63,0-85,0 г/л
 Мочевина 8,0 0,1-8,3 ммоль/л

Общий анализ мочи
 Цвет сж
 Прозр пр
 Реакция кисл
 Плотность 1020
 Белок 0
 Эп. -пл. 2-4
 Л 0-1-2

Электролиты крови
 К+ 4,8 3,5-5,5 ммоль/л
 Na+ 140 136-145 ммоль/л
 Cl- 96,3 97-108 ммоль/л

Обзорная рентгенограмма брюшной полости
 (рентгенограмма 1)

Диагноз: Ущемленная правосторонняя пахово-мошоночная грыжа с флегмоной грыжевого мешка. Острая странгуляционная кишечная непроходимость.

Сценарий №33. Ранение прямой кишки и мочевого пузыря. (УК-1, ПК-7, ПК-12)

Больной 25 лет доставлен в приемное отделение многопрофильного стационара машиной скорой помощи. Около 1 часа назад упал на стройке областью промежности на металлический штырь, торчавший из земли.

Жалобы: интенсивные боли в области ануса, нижних отделах живота, боли при попытке мочеиспускания.

Анамнез болезни. Около 1 часа назад упал на стройке областью промежности на металлический штырь длиной 30 см и диаметром около 1 см. С помощью друзей снят со штыря, вызвана скорая помощь. Сознание не терял. Тошноты, рвоты не было.

Анамнез жизни. Эпидемиологический анамнез: туберкулез, венерические заболевания отрицает. Гепатит В 5 лет назад. За последний год за пределы города и области выезжал в Таджикистан. Сопутствующие заболевания: отрицает. Не обследовался. Операций не было.

Аллергологический анамнез: лекарственной непереносимости не отмечает.

Объективные данные. Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, чистые, сухие. Склеры обычной окраски. Пульс 82 уд.в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/70 мм.рт. ст. Тоны сердца ясные, чистые, ритмичные.

Дыхание в легких везикулярное, не ослаблено, симметрично проводится с двух сторон. Хрипов нет.

Язык влажный, не обложен. Живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный над лоном. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Шума «плеска» нет. Нижний край печени по реберной дуге. Желчный пузырь не пальпируется.

Притупления в отлогих местах живота нет. Печеночная тупость сохранена. Селезенка не увеличена. Перистальтика сохранена. Шума плеска нет.

За время нахождения в приемном покое не мочился. Со слов, попытка мочеиспускания болезненна, мочи нет.

Per rectum. Сфинктер в тонусе. В перианальной области на 11 часах на 1 см отступя от ануса имеется колотое ранение.

Кровотечения нет. При осторожном пальцевом исследовании на передней стенке прямой кишки определяется 2 раны: сразу за сфинктером около 1 см и рваная рана протяженностью около 1,5 см сразу за ней. В просвете кишки следы крови, коричневый кал.

Неотложные лечебно-диагностические манипуляции:

1. введение противостолбнячной сыворотки и анатоксина;
2. ректороманоскопия (ФКС) после выполнения анестезии перианальной области;
3. катетеризация мочевого пузыря;
4. проведение пробы Зельдовича (количество введенной в мочевой пузырь жидкости должно быть равно количеству эвакуированной);
5. контрастная рентгенография мочевого пузыря с урографинном;
6. выполнение неотложного хирургического вмешательства (интраоперационные находки: сквозное ранение мочевого пузыря, ранение передней стенки прямой кишки, признаков ранения органов брюшной полости нет);
7. объем операции: лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, наложение двустольной колостомы для разгрузки прямой кишки и создания условий заживления раны, ушивание ранения мочевого пузыря, наложение эпицистостомы, дренирование брюшной полости. Доступом через прямую кишку (в зеркалах) рыхлые рассасывающиеся швы на стенку кишки, дренирование параректальной клетчатки.

Обследование в приемном отделении:

- 1.Общий клинический минимум.
 - a. Клинический анализ крови
 - b. Биохимический анализ крови
 - c. Общий анализ мочи (катетером)
 - d. Коагулограмма
 - e. Кровь на этанол
- 2.Обзорная рентгенография брюшной полости и грудной клетки.
- 3.УЗИ брюшной полости
- 4.ЭКГ
- 5.Осмотр уролога

Лабораторные данные:

Клинический анализ крови

Л	14,5	*1012
Эр	3,8	*109
Нь	105	г/л
П	7 %	
С	62	%
Э	3 %	
Б	0 %	
Лф	23	%
М	5 %	
СОЭ	18	мм

Общий анализ мочи

Цвет	сж
Прозр	пр
Реакция кисл	
Плотность	1020
Белок	0
Эп. –пл.	2-4
Л	0-1-2
Эр	сплошь
Соли	0

Биохимический анализ крови

АЛТ	39,4	0-41,0	ЕД/л
Амилаза	45,8	15,0-100,0	ЕД/л
АСТ	37,4	0-38,0	ЕД/л
Креатинин	72,0	25,0-130,0	мкмоль/л
Глюкоза	4,2	3,05-6,38	ммоль/л
Билирубин	9,4	0,1-20,0	ммоль/л
Общ. Белок	71,3	63,0-85,0	г/л
Мочевина	6,0	0,1-8,3	ммоль/л

Коагулограмма

Протромбин	98	80-110	%
------------	----	--------	---

МНО	1,1	0,85-1,35	
АЧТВ	35	30-40	сек
Фибриноген	4,8	4-6	г/л
ВСК по Ли-Уайту	5,5	5-7	мин

Обзорная рентгенограмма грудной клетки. Легкие расправлены полностью, синусы свободны. Очаговых и инфильтративных образований не выявлено. Тень средостеня без особенностей.

Обзорная рентгенограмма брюшной полости. Уровней жидкости и свободного газа в брюшной полости нет.

УЗИ брюшной полости. Признаков повреждения паренхиматозных органов не лоцируется. Небольшое количество свободной жидкости в малом тазу. В синусах плевры жидкость не лоцируется. Расхождения листков перикарда нет.

ЭКГ: синусовая тахикардия 88 в минуту, процессы реполяризации без особенностей.

Ректороманоскопия (ФКС). Под местной анестезией перианальной области в прямую кишку осторожно введен аппарат. В условиях плохой подготовки (каловые массы) проведен осмотр 17 см кишки. На передней стенке прямой кишки определяются 2 раны: колотая рана 1,0*0,4 см сразу за сфинктером, на 2 см дальше ее – равная рана 1,5*0,8 см с незначительным подкравливанием.

Проба Зельдовича: положительная.

Цистография с урографинном:

Определяется затек контраста в полость малого таза.

Сценарий №34. Вторичная слабость родовой деятельности. (УК-1)

Роженица Ф., 30 лет, поступила в родильный дом 10 апреля в связи с регулярной родовой деятельностью в течение 5 часов. При поступлении излилось около 2 литров светлых околоплодных вод.

Жалобы: на схваткообразные боли в животе.

Из анамнеза: последняя менструация 1-4 июля. Всего было четыре беременности: две из них закончились медицинскими абортми, без осложнений; одни роды (5 лет назад) - родился живой доношенный ребенок женского пола, весом 3 200 г. Четвертая беременность настоящая. Дородовой отпуск с 3 марта.

Status praesens: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Язык влажный. АД 110/70 и 115/70 мм рт. ст., Ps 80 в мин. Внутренние органы без патологии.

Status obstetricus: Дно матки на 3 см ниже мечевидного отростка. В дне матки определяется мягкая объемная часть плода. Спинка слева. Предлежит плотная округлая часть плода, прижата к входу в малый таз. ОЖ 100 см, ВДМ 40 см, размеры таза: 25-27-31-22 см. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 130 уд/мин, слева ниже пупка. Схватки через 2-3 минуты по 30-35 секунд средней силы.

Предполагаемый вес плода: по Вольскому 4000 г., по Якубовой 3500 г.

Per vaginam: влагалище свободное. Шейка матки сглажена, открытие 2 см. Плодный пузырь вскрыт. Предлежит плотная, округлая часть плода, прижата к входу в малый таз. Таз емкий. Мыс не достигим.

Неотложные лечебно-диагностические манипуляции:

1. выполнение кардиотохографии;
2. выполнение токографии;

3. Для профилактики аномалий родовой деятельности (учитывая ОАА, многоводие и крупный плод, раннее излитие вод) необходимо создание глюкоза-витамино-гормонально-кальциевого фона (Sol Glucosae + Sol. Thiamini bromidi + Sol Synoestrolis oleosae + Sol. Calcii gluconatis);
4. при развитии вторичной слабости родовой деятельности введение внутривенно струйно одномоментно окситоцина + глюкозы (возможно внутримышечное или подкожное введение питуитрина);
5. на высоте одной из потуг выполнение перинеотомии.

Лабораторные данные:

Кардиотохограмма: оценка по Фишеру 8 баллов.

Токограмма: схватки силой 50 мм рт. ст., по 60 секунд, через 60 секунд, за 10 минут - 4 схватки. Базальный тонус матки 10 мм рт. ст.

Диагноз основной: Срочные роды II, I период родов. Головное предлежание. Первая позиция. Осложнения: Раннее излитие околоплодных вод. Многоводие. Крупный плод.
Сопутствующий: ОАА (Осложненный акушерский анамнез).

Ход сценария (через 7 часов): во втором периоде родов при полном открытии шейки матки роженица тужится, однако потуги неэффективны, не способствуют продвижению предлежащей части, головка в плоскости выхода малого таза, врезывается во время потуги.

Стрелевидный шов в прямом размере, малый родничок под лоном. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 162 уд/мин. Схватки через 2-3 минуты, по 30-35 секунд.

На токограмме схватки силой 30 мм рт. ст., по 50 секунд, через 90 секунд, за 10 минут 3 схватки.

При осмотре наружных половых органов отек больших и малых половых губ. При правильном проведении стимуляции родовых сил женщина родоразрешается живым доношенным ребенком мужского пола, с оценкой по шкале Апгар в конце первой минуты 6 баллов, через 5 минут 8 баллов.

Задние воды зеленые.

Диагноз основной: Срочные роды II, II период родов.

Головное предлежание. Передний вид. Осложнения: Раннее излитие околоплодных вод. Многоводие Крупный плод.

Внутриутробная гипоксия плода легкой степени. Вторичная слабость родовой деятельности. Слабость потуг.

Сопутствующий: ОАА.

Сценарий №35. Переношенная беременность. (УК-1)

В роддом 22 июля доставлена из женской консультации машиной скорой помощи беременная Р., 30 лет, в связи с излитием околоплодных вод (участники – интерны).

Жалобы на подтекание околоплодных вод в течение часа, учащение шевелений плода в последние 2-3 дня.

Из анамнеза. Менструации с 16 лет, нерегулярные, скудные, болезненные Последняя менструация 25-29 сентября прошлого года. Половая жизнь с 24 лет, брак первый, муж здоров. Предохранялась ритм - методом. Беременность первая, желанная. В женской консультации наблюдается с 6 недель (с 13.11.), регулярно. Выполнено УЗИ (20.11): беременность 6-7 недель.

Первая половина беременности осложнилась ранним гестозом, получала стационарное лечение, эффект от лечения положительный. Первое шевеление плода ощутила 14 февраля. С 16 недель хроническая первичная компенсированная плацентарная недостаточность, получала стационарное лечение, эффект положительный.

Status praesens. Состояние удовлетворительное, кожа и слизистые оболочки чистые, розовые. Температура тела 36,6°C, Ps 76 в минуту, АД 110/70 мм рт. ст. на обеих руках. Со стороны внутренних органов без патологии. Масса 73 кг. Отеков нет.

Status obstetricus: ОЖ 112 см. ВДМ 38 см. Размеры таза: 25-27-30-20 см. Матка при пальпации мягкая. Длина плода в матке при измерении тазометром 30 см. Предлежит головка над входом в малый таз, лобнозатылочный размер головки 12 см.

Спинка обращена вправо. Сердцебиение плода справа ниже пупка приглушенное, ритмичное, 125 уд/мин.

Влагалищное исследование. При осмотре: большие половые губы гипопластичны. Оволосение на лобке выражено скудно.

Per speculum: влагалище узкое, свободное. Шейка матки конической формы, чистая. Зев округлый. Подтекают мутные, густые зеленые воды в небольшом количестве. В водах пушковые волосы, сыровидная смазка.

Per vaginam: шейка матки укорочена до 2 см, мягковатая, отклонена, кзади, наружный зев пропускает кончик пальца. Через своды высоко определяется плотная предлежащая часть. Мыс не достижим.

Неотложные лечебно-диагностические манипуляции:

1. выполнение обследования (кардиотохография, УЗИ плода + доплерометрия);
2. определение срока беременности

Формула Жордания

$$X = L + C = 30 + 12 = 42 \text{ недели,}$$

где С - лобно-затылочный размер головки (измеряется тазомером),

L - длина плода в матке (измеряется тазомером).

3. обоснование диагноза переношенной беременности (срок беременности больше 42 недель, околоплодные воды густые с наличием пушковых волос, сыровидной смазки, признаки старения плаценты, страдания крупного плода - гипоксия средней степени тяжести);

4. родоразрешение путем операции кесарева сечения (по сумме относительных показаний - внутриутробная гипоксия плода средней степени тяжести, субкомпенсированная плацентарная недостаточность, переношенная беременность, возрастная первородящая, отсутствие готовности организма к родам)

Лабораторные данные:

Кардиотохограмма: оценка по Фишеру 4-5 баллов.

УЗИ плода: масса плода 4100±200 г. Плацента по задней стенке, кистозно изменена, кальцинаты, III степени зрелости.

Допплерометрия: маточный кровоток снижен, пуповинный кровоток критически снижен.

Диагноз основной: Переношенная беременность 42-43 недели. Головное предлежание, продольное положение, II позиция.

Осложнения: Хроническая плацентарная недостаточность, первичная, субкомпенсированная. Внутриутробная гипоксия плода средней степени тяжести. Преждевременное излитие вод. Крупный плод. Сопутствующий: Возрастная первородящая. Инфантилизм.

Ход сценария: при правильной постановке диагноза и показаний к операции кесарево сечение на 5 минуте с начала операции за головку извлечен живой переношенный ребенок мужского пола с признаками перенашивания (мацерация кожи ладоней (руки прачки) и подошв (банные стопки), отсутствие сыровидной смазки и пушковых волос, отсутствие малого родничка, уменьшены размеры большого родничка (1x1 см), плотные кости черепа). Передан неонатологу. При неверной тактике нарастает брадикардия плода.

Сценарий № 36. Гипотоническое кровотечение. (УК-1)

Роженица Р, 28 лет, находится в родовом зале первого акушерского отделения (участники – интерны).

Из анамнеза. Последняя менструация 23-26 августа, беременность третья, две предыдущие закончились внебольничными абортми с последующим выскабливанием полости матки. Послеабортный период осложнился метроэндометритом, лечилась в стационаре в течение месяца. После абортов беременности не наступали три года, не предохранялась.

Течение настоящей беременности: наблюдалась в женской консультации с 7-8 недель, регулярно, беременность желанная, в браке. В сроке 27-30 недель получала стационарное лечение по поводу угрожающих преждевременных родов в отделении патологии беременности.

Родовая деятельность развилась 27 мая в 4 часа утра, была вызвана скорая помощь, женщина доставлена в роддом. Роды осложнились первичной и вторичной слабостью родовой деятельности, проводилось родоусиление, использовался медикаментозный сон. 28 мая в 6 часов утра родоразрешилась через естественные родовые пути живым доношенным ребенком женского пола, массой 4200 г, с оценкой по шкале Апгар 6 баллов.

Проведена катетеризация мочевого пузыря, выведен 1 литр светло-желтой мочи. Через 10 мин самостоятельно отделился и выделился послед. При осмотре - цел, оболочки все. Осмотр шейки матки в зеркалах - цела. Разрывов влагалища и промежности нет.

Status praesens. Состояние удовлетворительное Масса тела 80 кг. Кожные покровы бледные АД 110/60 и 110/60 мм рт. ст., Ps 100 в мин, ритмичный, слабого наполнения. Матка при пальпации мягкая, дно на уровне пупка. Из половых путей обильные кровянистые выделения. Кровопотеря 500мл.

Диагноз основной: Затяжные срочные роды I, ранний послеродовой период. Осложнения: Крупный плод. Первичная и вторичная слабость родовой деятельности. Гипотоническое кровотечение. Асфиксия новорожденного легкой степени. Сопутствующий: ОАГА.

Неотложные лечебно-диагностические манипуляции:

1. определение объема допустимой кровопотери для данной женщины (0,6% от массы тела) 480 мл;
2. катетеризация мочевого пузыря;
3. наружный массаж матки;
4. холод на низ живота в интермиттирующем режиме;
5. внутривенная струйная инфузия утеротоников (сокращающих матку средств - окситоцина, метилэргобревина);
6. определение объема кровопотери (по Репиной: количество выделившейся из родовых путей и собранной в мерные сосуды крови удваивается);
7. вызов анестезиолога для проведения общего обезболивания;
8. ручное обследование полости матки и осторожный наружно-внутренний массаж матки на кулаке под наркозом

Ход сценария: женщине выполнен наружный массаж матки, холод на низ живота. Внутривенно введено 1 мл метилэргобревина в 20 мл 40% раствора глюкозы. Матка сократилась, затем опять расслабилась, мягкая, дно матки на уровне пупка. Кровотечение продолжается, объем кровопотери составил 600 мл.

При выполнении ручного обследования полости матки, наружно-внутреннего массажа матки на кулаке матка сократилась, плотная, на середине расстояния между лоном и пупком. Кровотечение прекратилось, общая кровопотеря составила 800 мл. При неправильной тактике – развитие у женщины геморрагического шока.

Сценарий №37 Гестоз. Упорная слабость родовой деятельности. (УК-1)

Роженица Ю., 26 лет поступила в родильный дом по поводу начавшейся родовой деятельности в сроке беременности 39 недель, в 14 часов.

Жалобы на схваткообразные боли в животе в течение 6 часов, слабость, отеки верхних и нижних конечностей.

Из анамнеза. Беременность первая. Наблюдалась в женской консультации с 7-8 недель беременности, регулярно.

Беременность осложнилась угрожающим выкидышем с 16 недель беременности. Лечилась стационарно, эффект положительный. С 24 недель - гестоз. Дважды лечилась в стационаре. Выписана в сроке 32 недель. С 26 недель - анемия беременной. Получала антианемическую терапию сорбифером по 1 таблетке в день. Страдает гипотиреозом с 22 лет. В течение 4-х лет наблюдалась по поводу бесплодия. Два года лечилась у эндокринолога, получает L-тироксин по 1 таблетке в день. Наследственность, аллергологический анамнез не отягощены.

Status praesens. Общее состояние удовлетворительное. Масса тела 95 кг. Кожные покровы бледные, сухие. Отеки нижних конечностей, передней брюшной стенки. Речь и движения замедлены. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 110/70 и 105/70 мм рт. ст., Ps 62 в мин. Стул нерегулярный, склонность к запорам.

Status obstetricus. Размеры таза: 26-29-31-21 см. Матка в повышенном тоне. Положение плода продольное. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Спинка плода слева, спереди. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 144 уд/мин. ОЖ 108 см, ВДМ 40 см. Схватки через 4-5 минут, по 15-20 секунд.

Влагалищное исследование (в 15:00). При осмотре - наружные половые органы сформированы правильно.

Per vaginam: шейка матки укорочена до 1,5 см, размягчена, расположена по проводной оси таза. Наружный зев раскрыт на 1 см. Мыс не достижим. Костный таз без патологии.

Диагноз основной. Срочные роды I, первый период родов. Головное предлежание. Продольное положение, I позиция, передний вид. Осложнения: Сочетанный гестоз средней степени на фоне гипотиреоза. Внутриутробная гипоксия плода легкой степени. Крупный плод. Первичная слабость родовой деятельности.

Неотложные лечебно-диагностические манипуляции:

1. анализ мочи по cito;
2. кардиотохография;
3. токография;
4. определение степени гестоза (по Савельевой);
5. родоусиление с использованием внутривенного капельного введения окситоцина;
6. повторная токография;
7. повторное влагалищное обследование;
8. родоразрешение путем операции кесарева сечения в нижнем сегменте по Дерфлеру (по сумме относительных показаний - упорная слабость родовой деятельности, внутриутробная гипоксия плода, крупный плод, гестоз средней степени)

Лабораторные данные:

Анализ мочи по cito: Белок 0,06%.

Кардиотохограмма: оценка по Фишеру 6 баллов.

Токограмма: схватки силы 15-20 мм рт. ст., по 15-20 сек, через 4-5 мин. За 10 мин - 2 схватки. Назальный тонус 5 мм рт. ст. Оценка по Савельевой: отеки - 2 балла, протеинурия - 2 балла, систолическое АД - 0 баллов, срок беременности, при котором поставлен диагноз - 24 недели - 3 балла, гипотрофия плода - 0 баллов, экстрагенитальные заболевания - 3 балла. Всего 10 баллов - гестоз средней степени.

Обследование после родоусиления:

Токограмма: схватки силы 30-35 мм рт. ст., по 20-30 секунд, через 3-4 минуты, базальный тонус 10 мм рт. ст., за 10 минут 3 схватки.

Per vaginam: шейка матки сглажена, расположена по проводной оси таза. Раскрытие маточного зева 2-3 см.

Диагноз основной. Срочные роды I, первый период родов. Головное предлежание. Продольное положение, I позиция, передний вид. Осложнения: Сочетанный гестоз средней степени на фоне гипотиреоза. Внутриутробная гипоксия плода. Крупный плод. Упорная слабость родовой деятельности. Родоусиление окситоцином.

Ход сценария: При проведении родоусиления через 2 часа (в 18:00) необходимо выполнить повторное обследование, по его результатам принять решение о родоразрешении путем операции кесарева сечения. На 5 минуте с начала операции за головку извлечен живой доношенный ребенок женского пола в состоянии асфиксии легкой степени, с оценкой по шкале Апгар 6 баллов, передан неонатологу.

При неверной тактике нарастает гипоксия плода.

Сценарий № 38. Преэклампсия. Наложение выходных акушерских щипцов. (УК-1)

В роддом бригадой скорой помощи в экстренном порядке 11 апреля доставлена роженица Т., 22 лет (участники – интерны).

Жалобы на головную боль, боли в эпигастрии, за последний час дважды была рвота. Со слов женщины родовая деятельность в течение 8 часов, 6 часов назад отошли воды зеленого цвета в небольшом количестве.

Из анамнеза. Менструации с 13 лет, по 3-4 дня, через 28-29 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 19-лет. Настоящая беременность третья. Первая - 3 года назад, осложнилась поздним гестозом, по поводу чего в 36-37 недель были проведены индуцированные роды, родоразрешилась живым недоношенным ребенком женского пола весом 2600 г, длиной 43 см. Вторая - 2 года назад закончилась медабортом в 6-7 недель по желанию женщины, послеабортный период без осложнений.

Последняя менструация 14-18 июля. Данная беременность желанная, в браке, на учете в женской консультации с 6-7 недель, осложнилась ранним гестозом легкой степени тяжести, лечение не проводилось. В 26 недель патологическая прибавка массы тела, проба Мак-Клюра-Олдрича положительная (20 минут), поставлен диагноз - гестоз легкой степени. В 28, 32, 36 недель женщину направляли на стационарное лечение, от которого она отказывалась. Затем в течение 2-х недель на прием в женскую консультацию не приходила.

Status praesens. Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. ЧДД 20 в минуту. АД 150/100 мм рт. ст. и 160/110 мм рт. ст. Ps 99 в мин. Отеки голеней, передней брюшной стенки.

Status obstetricus. Размеры таза: 27-29-31-21. Матка овоидной формы, положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. ОЖ 98 см. ВДМ 38 см. Схватки по 30-40 сек, через 1-2 мин, тужится. Сердцебиение ясное, ритмичное, 168 уд/мин.

Диагноз основной: Срочные роды II, второй период, головное предлежание. Осложнения: Преэклампсия. Раннее излитие околоплодных вод. Гипоксия плода.

Неотложные лечебно-диагностические манипуляции:

1. влагалищное исследование проводить нельзя!
2. вызов анестезиолога в приемное отделение с целью проведения нейролептанальгезии;
3. катетеризация вены;
4. проведение инфузионной терапии
5. катетеризация мочевого пузыря (выведено 70 мл концентрированной мочи) с лабораторным исследованием мочи;
6. влагалищное исследование под анальгезией;
7. интубация трахеи;
8. эпизиотомия;
9. наложение выходных акушерских щипцов под наркозом;
10. проведение ручного отделения плаценты и выделение последа;
11. определение объема кровопотери (по Репиной 200x2=400 мл.);
12. ушивание эпизиотомного разреза.

Обследование под анальгезией:

Сердцебиение плода приглушено, 110 уд/мин, ритмичное, ниже пупка.

Влагалищное исследование: При осмотре: наружные половые органы сформированы правильно.

Per vaginam: шейка матки мягкая, сглажена, открытие 11 см, стреловидный шов в прямом размере плоскости выхода малого таза, малый родничок под лонем.

Ход сценария. При проведении влагалищного исследования без анальгезии – АД повышается до 180/90, появляются симптомы кровоизлияния в головной мозг.

При проведении нейролептанальгезии АД снижается до 130/95 мм рт. ст. и 135/95 мм рт. ст., Ps 87 в минуту

При правильном наложении акушерских щипцов извлекается живой доношенный ребенок женского пола весом 3400 г, длиной 52 см, передается неонатологу. Оценка по шкале Апгар в конце 1 минуты и через 5 минут 7 баллов.

Сценарий №39. Преждевременные роды. (УК-1)

Машиной скорой помощи 10 ноября доставлена в перинатальный центр роженица Д, 25 лет, в связи с начавшейся родовой деятельностью.

Жалобы на схваткообразные боли внизу живота, слизистые выделения из половых путей.

Из анамнеза. Последняя менструация 18-22 марта. Беременность третья, желанная, в женской консультации наблюдается регулярно. Беременность осложнилась анемией легкой степени, получает сорбифер по 1 таблетке в день, эффект от лечения положительный.

Первая и вторая беременности закончились медицинскими абортми, постабортный период осложнялся обострением, хронического метроэндометрита. Получала стационарное лечение в течение 2-х недель.

Status praesens. Состояние удовлетворительное. Ps 92 в мин, АД 110/70 мм рт, ст на обеих руках. Отеков нет.

Status obstetricus. ОЖ 80 см. ВДМ 30 см. Размеры таза: 26-28-30-20 см.

Объективно: схватки регулярные, интенсивные, по 30 секунд, через 5-6 минут. Предлежащая часть плотная, округлой формы, прижата ко входу в малый таз. Спинка обращена влево. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 138 уд/мин.

Наружные половые органы сформированы правильно. Оволосение по женскому типу.

Per vaginam: шейка матки мягкая, укорочена до 1 см, по проводной оси таза, открытие 4 см. Мыс не достижим. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Кости черепа мягкие, швы и роднички выражены. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди. Плодный пузырь цел.

Неотложные лечебно-диагностические манипуляции:

1. определение срока беременности;
2. определение предполагаемого веса плода (по Вольскому: 80x30=2400 г.);
3. кардиотахография;
4. токография;
5. ведение родов через естественные родовые пути (per vias naturalis);
6. постельный режим;
7. обеспечить сосудистый доступ в течение всех периодов родов;
8. введение препаратов, улучшающих маточно-плацентарный и почечный кровоток (сигетин, эуфиллин и др.);
9. кардиомониторное наблюдение для своевременной диагностики гипоксии плода и аномалий родовой деятельности;
10. глюкозо-витамино-гормонально-кальциевый фон;
11. во втором периоде родов проведение пудендальной анестезии;
12. выполнение на высоте потуги плановой перинео- или эпизиотомии (т.к. предполагаемый вес плода более 2 кг);
13. ребенка принять в теплые пеленки, на предварительно обогретый ножной конец кровати Рахманова;
14. вызов неонатолога на роды (готовность к реанимации новорожденного), подготовить кювет;
15. ведение III периода родов с иглой в вене, профилактическое введение утеротоников (в запасе иметь свежую одногруппную кровь, плазму).

Лабораторные данные:

Кардиотахограмма - оценка по Фишеру 6 баллов.

Токограмма: базальный тонус 10 мм рт. ст., схватки силой 30 мм рт. ст., по 60. секунд, через 60 секунд, за 10 минут - 4 схватки

Диагноз основной: Преждевременные роды в сроке 34-35 недель. Головное предлежание, продольное положение, I позиция. Осложнения: Гипоксия плода легкой степени. Сопутствующий: ОАА.