



Министерство здравоохранения Российской Федерации

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования**

**"Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова"
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

(ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)

«УТВЕРЖДАЮ»

экз. № _____

И.о. проректора по учебной работе, науке и
инновационной деятельности

_____/ А.В. Силин/
«31» августа 2017

ПРОГРАММА ПРАКТИКИ

<i>Направление подготовки (код, название)</i>	31.08.21 психиатрия-наркология
<i>Квалификация, направленность (при наличии)</i>	Врач-психиатр-нарколог
<i>Форма обучения</i>	очная

<i>Вид практики</i>	производственная (клиническая)
<i>Тип практики</i>	обучающий симуляционный курс
<i>Способ проведения практики</i>	стационарная
<i>Объем практики (в зач.единицах)</i>	3
<i>Продолжительность производственной практики (в акад. часах)</i>	108

Санкт-Петербург – 2017

Программа практики составлена на основании Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.21 «Психиатрия-наркология», утвержденного ФГОС ВО от «25» августа 2014 г. № 1063 и Положения о практике обучающихся, осваивающих основные профессиональные образовательные программы высшего образования, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 27 ноября 2015 г. № 1383

Составители программы практики:

Кузнецова Ольга Юрьевна, зав. кафедрой семейной медицины, д.м.н., Моисеева Ирина Евгеньевна, доцент кафедры семейной медицины, к.м.н., Софронов Александр Генрихович, зав. кафедрой психиатрии и наркологии, д.м.н., Савельев Андрей Павлович, доцент кафедры психиатрии и наркологии, к.м.н.

Рецензент: Н. Н. Петрова, д.м.н., проф. зав. кафедрой психиатрии СПбГУ

Программа практики обсуждена на совместном заседании кафедры психиатрии и наркологии и кафедры семейной медицины.

«03» августа 2017г. протокол № 8

СОДЕРЖАНИЕ

1. Цели практики	4
2. Задачи практики	4
3. Место практики в структуре основной профессиональной образовательной программы..	4
4. Формы проведения практики.....	4
5. Время и место проведения практики	4
6. Планируемые результаты обучения при прохождении практики.....	5
7. Структура и содержание практики.....	6
8. Формы отчетности и аттестации по практике.....	6
9. Фонд оценочных средств	7
9.1. Критерии оценки	7
9.2. Оценочные средства.....	7
10. Учебно-методическое и информационное обеспечение	12
11. Материально-техническое обеспечение	12
12. Методические рекомендации по прохождению практики.....	13

1. Цели практики

Формирование и отработка профессиональных компетенций (умений и навыков), необходимых для оказания экстренной медицинской помощи в условиях догоспитального этапа (в объеме базового и расширенного реанимационного пособия) при жизнеугрожающих состояниях, и для выполнения диагностических и лечебных манипуляций врача-психиатра-нарколога, в соответствии с разделом «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» приказа МЗ РФ № 541н от 23.07.2010 «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих».

2. Задачи практики

- **сформировать у обучающихся компетенции, включающие в себя способность/готовность**
- проводить диагностику и оказывать неотложную (экстренную) помощь, а также определять дальнейшую медицинскую тактику при угрожающих состояниях, определять показания и противопоказания к проведению реанимации;
- проводить обследование больного, в том числе иметь представления о правилах работы с больными в состояниях наркотического опьянения, а также больных с ауто- и гетероагрессивным поведением

3. Место практики в структуре основной профессиональной образовательной программы

Практика относится к базовой части Блока 2 «Практики» Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (ФГСО ВО) по специальности 31.08.21 «Психиатрия-наркология»

Для прохождения практики необходимы знания, умения и навыки, формируемые дисциплинами:

- Психиатрия-наркология
- Патология

4. Формы проведения практики

Практика проводится в следующих формах:

Дискретно – путем чередования в календарном учебном графике периодов учебного времени для проведения практик с периодами учебного времени для проведения теоретических занятий.

5. Время и место проведения практики

В соответствии с учебным планом практика проводится в течение первого года обучения в ординатуре раздел «Расширенная сердечно-легочная реанимация» на базе кафедры семейной медицины пр. Просвещения 45 в манекенном классе кафедры, раздел «специальные профессиональные умения и навыки» на кафедре психиатрии и наркологии по адресу Учебная комната № 1, 5-я линия В.О., дом 58-60, Городская наркологическая больница

6. Планируемые результаты обучения при прохождении практики

Практика направлена на формирование у обучающихся следующих компетенций (в соответствии с ФГОС ВО)

№ п/п	Компетенции		Результаты практики		
	Код	Содержание	Знать	Уметь	Владеть
1	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	принципы ранней диагностики заболеваний, проведения скринингов	проводить мероприятия по ранней диагностике заболеваний	методами ранней диагностики заболеваний, в том числе – организации и проведения скринингов
2	ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	принципы проведения профилактических медицинских осмотров, принципы диспансеризации детей и взрослых	проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию детского и взрослого населения	навыками проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации взрослого и детского населения
3	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	основные симптомы, синдромы, патологические состояния и нозологические формы; МКБ-10	определить у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы, нозологические формы в соответствии с МКБ-10	навыками определения у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов, нозологических форм в соответствии с МКБ-10
4	ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании медицинской помощи в рамках общей врачебной практики (семейной медицины)	принципы ведения пациентов в общей врачебной практике (семейной медицине)	составлять план ведения пациента	навыками ведения пациента, составления плана ведения и наблюдения
5	ПК-7	готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в	принципы оказания неотложной и медицинской	оказывать неотложную медицинскую помощь и	навыками оказания неотложной и медицинской

		медицинской эвакуации	помощи и реанимационного пособия	реанимационное пособие	помощи и реанимационного пособия
--	--	-----------------------	----------------------------------	------------------------	----------------------------------

7.

8. Структура и содержание практики

Учебно-тематический план

№ п/п	Тема	Час.	Вид деятельности	Кол-во манипуляций
1	Расширенная сердечно-легочная реанимация	36		
1.1.	Базисная сердечно-легочная реанимация	18	Изучение современных принципов базисной сердечно-легочной реанимации. Отработка навыков базисной сердечно-легочной реанимации на манекенах. Отработка навыка использования автоматического наружного дефибриллятора	10 10
1.2.	Расширенная сердечно-легочная реанимация	18	Изучение современных принципов расширенной сердечно-легочной реанимации. Отработка навыков проведения ИВЛ с приспособлениями. Изучение принципов диагностики и лечения шока. Изучение принципов диагностики и лечения острого коронарного синдрома	10
2	Специальные профессиональные умения и навыки	72		
2.1.	Наркологическое освидетельствование	24	Ролевая клиническая игра - проведение процедуры наркологического освидетельствования	10
2.2.	Купирование острого возбуждения вследствие употребления ПАВ	24	Ролевая клиническая игра – пациент в состоянии острого возбуждения. Отработка практических навыков контакта с больным, мягкого ограничения.	10
2.3.	Отравление ПАВ	24	Ролевая клиническая игра-пациент с подозрением на отравление ПАВ. Отработка практических навыков по оказанию первой помощи.	10

9. Формы отчетности и аттестации по практике

Формы отчетности:

- дневник ординатора

Форма аттестации:

- промежуточная в форме зачета

10. Фонд оценочных средств

10.1. Критерии оценки

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
1.	Тестовое задание	Система заданий, позволяющая стандартизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	Тестовые задания	Критерии оценки вопросов теста в зависимости от типов формулируемых вопросов.

10.2. Оценочные средства

1. Ранними симптомами травматического шока является совокупность следующих признаков:

- Угнетение сознания, снижение АД до 90 мм ртст, брадикардия до 50 в 1 мин
- + Возбужденное состояние, бледные и влажные кожные покровы, положительный симптом белого пятна, тахикардия
- Снижение АД до 70 мм ртст, тахикардия, бледные и влажные кожные покровы
- Повышение АД до 130 мм ртст, акроцианоз, тахикардия

2. Шоковый индекс Альговера позволяет определить:

- Уровень угнетения сознания
- + Степень кровопотери
- Показания к применению вазопрессоров
- Показания к применению глюкокортикоидных гормонов

3. Какой препарат следует назначить пациенту с верифицированной асистолией?

- + Адреналин в дозе 1 мг внутривенно
- Атропин в дозе 3 мг внутривенно
- Бикарбонат натрия в дозе 2-4 мл/кг
- Магния сульфат в дозе 1-2 г

4. Вы участвуете в проведении реанимации пострадавшего шестидесяти лет. С помощью автоматизированного дефибриллятора выполнена дефибрилляция, что необходимо делать далее?

- Провести анализ ритма
- Оценить пульсацию на сонной артерии
- Оценить состояние сознания
- + Проводить непрямой массаж сердца и искусственную вентиляцию легких

5. У пациента сохраняется фибрилляция желудочков после проведения трех дефибрилляций, внутривенного введения одного мг адреналина, и четвертой дефибрилляции; установлена интубационная трубка. Какой препарат следует назначить?

- + Амiodарон внутривенно в дозе 300 мг, струйно быстро
- Лидокаин в дозе 1 – 1,5 мг/кг внутривенно струйно быстро
- Новокаиномид в дозе 50 мг/мин до общей дозы 17 мг/кг
- Магния сульфат 1-2 г, 500 мл натрия хлорида 0,9% внутривенно капельно

6. Пациенту с персистирующей фибрилляцией желудочков выполнена четвертая дефибрилляция после введения 1 мг адреналина. Вы планируете вводить адреналин каждые три минуты, по какой схеме следует проводить лечение адреналином?

- Адреналин следует вводить с наращиванием дозы при каждом последующем введении: 1 мг, 3 мг, 5 мг, 7 мг

- При неэффективности первого введения адреналина следует использовать высокие дозы препарата и вводить адреналин в дозе 0,2 мг/кг

+ Препарат следует вводить только в дозе 1 мг

- Препарат можно вводить только однократно

7. Вы прикрепили электроды автоматизированного дефибриллятора (ДА) 43-летнему пострадавшему, у которого отсутствует сознание, нет самостоятельного дыхания. Дефибриллятор "сообщает": "разряд не показан". Что Вы должны сделать?

- Незамедлительно выполнить еще раз анализ сердечного ритма

+ Проводить в течение 2 мин базовую сердечно-легочную реанимацию (СЛР) и еще раз проанализировать ритм

- Проводить только СЛР до прибытия специализированной бригады

- Удалить электроды ДА ~ Оценить дыхание, при отсутствии нормального дыхания проводить СЛР

8. Главное в лечении электрической активности без пульса:

- Ранее проведение кардиоверсии

+ Устранение ее причины

- Назначение атропина

- Прекардиальный удар

9. Какое рекомендуется соотношение непрямого массажа сердца и ИВЛ при проведении СЛР двумя спасателями. Пациент не интубирован.

- 3:1

- 5:1

- 15:2

+ 30:2

10. После первого безуспешного дефибриллирующего разряда с использованием монофазного дефибриллятора у взрослого пациента, второй разряд должен быть:

- Проведен немедленно с энергией 300 Дж

- Проведен немедленно с энергией 360 Дж

- Проведен через 2 мин базовой сердечно-легочной реанимации(СЛР) с энергией 200 Дж

+ Проведен через 2 мин СЛР с энергией 360 Дж

11. С чего рекомендуется начинать базовую СЛР у детей?

- 2 вдоха, затем 15 компрессий непрямого массажа сердца

+ 5 вдохов, оценка пульса, затем 15 компрессий непрямого массажа сердца

- 5 вдохов, затем 30 компрессий непрямого массажа сердца

- 15 компрессий непрямого массажа сердца, затем 2 вдоха

12. Укажите препарат, назначение которого показано при лечении асистолии в качестве начальной терапии?

- Атропин

- Лидокаин

+ Адреналин

- Кордарон

13. Укажите соотношение компрессий грудной клетки и ИВЛ при проведении базовой сердечно-легочной реанимации у взрослых:

- 5:2
- 15:1
- 15:2
- + 30:2

14. Укажите, какой вид терапии в наибольшей степени увеличивает выживаемость пациентов с фибрилляцией желудочков?

- Адреналин
- + Дефибрилляция
- Кислород
- Кордарон

15. Временный гемостаз осуществляется:

- Лигированием сосуда в ране
- Наложением сосудистого шва
- + Давящей повязкой, жгутом, пальцевым прижатием
- Диатермокоагуляцией

16. У мужчины, пострадавшего в дорожно-транспортном происшествии, диагностирован закрытый перелом лодыжки и перелом пятого ребра слева. АД – 110/70 мм ртст, ЧСС – 92 в 1 мин. ЧД – 20 в 1 мин. Укажите необходимый объем инфузионной терапии

- 500 мл
- + Инфузионная терапия не требуется
- 250 мл
- 750 мл

17. Пациент с частотой ритма 30-40 импульсов в минуту предъявляет жалобы на головокружение и одышку при небольшой физической нагрузке. Какой препарат следует назначить?

- + Атропин 0,5 мг внутривенно
- Адреналин в дозе 1 мг внутривенно струйно быстро
- Аденозин в дозе 6 мг внутривенно
- Кордарон в дозе 300 мг

18. Какой из перечисленных препаратов необходимо применить в первую очередь для купирования болей в груди, связанных с острой ишемией миокарда?

- Лидокаин болюсом после продолжительной инфузии лидокаина
- + Нитроглицерин сублингвально
- Амиодарон болюсно после перорального применения ингибиторов АПФ
- Блокаторы кальциевых каналов в сочетании с внутривенным введением фuroсемида

19. Пациент с жалобами на сжимающие боли за грудиной, длящиеся в течение 30 мин. В анамнезе длительное курение, диабет, контролируемый диетой. АД 110/70 мм рт ст. пульс 90 ударов в минуту; по данным ЭКГ в 12 отведениях: ритм синусовый, 90 в мин. Назначен аспирин, подача кислорода в режиме 2 л/мин через назальную канюлю; нитроглицерин оказался неэффективен, боли сохраняются. Какой препарат вы назначите?

- Атропин 0,5 мг в/в
- Лидокаин 1-1,5 мг/кг

- + Морфина сульфат 3-5 мг в/в
- Аспирин в дозе 300 мг

20. Средство выбора в лечении полиморфной желудочковой тахикардии:

- Адреналин
- Атропин
- + Сульфат магния
- Лидокаин

21. Орофарингеальный воздуховод:

- Исключает необходимость контроля положения головы
- Имеет преимущества перед интубацией трахеи
- + Может вызвать рвоту и ларингоспазм у пациентов в сознании
- Исключает возможность обструкции верхних дыхательных путей

22. Основным критерием эффективности ИВЛ методом «рот-в-рот», «рот-в-маску» является:

- + Эскурсия грудной клетки
- Изменение цвета кожных покровов
- Восстановление сознания
- Появление самостоятельного дыхания

23. Основным критерием эффективности непрямого массажа сердца является:

- Диастолическое АД не менее 60 мм.рт.ст
- Ясные, звучные тоны при аускультации
- + Передаточная пульсация на сонных артериях
- Переломы ребер

24. Острые алкогольные психозы делирий, галлюциноз и др. на догоспитальном этапе купируются

- аминазином
- галоперидолом
- +диазепамом
- кордиамином

25. Ранним проявлением абстинентного синдрома при опиатной наркомании является (найдите ошибочный ответ)

- слезо- и слюнотечение
- гипергидроз
- +миоз
- тремор

26 . Отсроченным проявлением абстинентного синдрома при опиатной наркомании является (найдите ошибочный ответ)

- озноб
- +брадикардия
- тошнота
- ломота в суставах

27. Депрессивный аффективный синдром проявляется (найдите ошибочный ответ)

- болезненно-пониженным настроением
- двигательной заторможенностью
- замедленным мышлением
- +идеаторно-психическим возбуждением

28. Для купирования возбуждения при острых психотических расстройствах на догоспитальном этапе эффективны

- транквилизаторы
- + нейролептики
- ноотропы
- психостимуляторы

29. Развитие острого нейролептического синдрома обусловлено применением

- атропина
- + нейролептиков
- транквилизаторов
- опиатов

30. Острый нейролептический синдром проявляется (найдите ошибочный ответ)

- выраженной мышечной ригидностью
- + психомоторным возбуждением
- чувством жара, повышенной потливостью
- тахикардией, артериальной гипертензией

31. Острые дискинетические расстройства, вызванные приемом нейролептиков, купируются

- + транквилизаторами
- прозерин
- пирацетамом
- кофеином

32. К степени угнетения сознания относится (найдите ошибочный ответ)

- оглушение
- сопор
- кома
- +делирий

33. Шкала Глазго используется для оценки

- +уровня угнетения сознания
- степени тяжести шока
- выраженности дыхательных расстройств при коме
- состояния новорожденного

34. К признакам, оцениваемым по шкале Глазго, относится (найдите ошибочный ответ)

- способность пациента к речи
- способность пациента к открыванию глаз
- +способность пациента к самостоятельному дыханию
- двигательные реакции пациента

35. Сопору по шкале Глазго соответствует сумма баллов, равная

- 5
- 7
- +9
- 13

36. Кома по шкале Глазго соответствует сумма баллов, равная (найдите ошибочный ответ)

- 3

-5
-7
+ 9

11. Учебно-методическое и информационное обеспечение

1. Литература

Основная:

№ п/ п	Название	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров	
				в библиотек е	на кафедре
1	Базовая сердечно- лёгочная реанимация: учебное пособие	Моисеева, Ирина Евгеньевна	Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2013	125	
2	Алгоритмы расширенной реанимации: остановка кровообращения, острый коронарный синдром	Дубикайтис, Татьяна Александровна	Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2016	10	
3	Неотложные состояния в психиатрии: учебно- методическое пособие	/А. Г. Софронов, В. Э. Пашковский, А. Е. Добровольская, Е. Ю. Тявокина, А. Ю. Егоров, В. В. Шепелевич, В. А. Некрасов.	СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2015. — 72 с.	2, в системе MOODLE	

Программное обеспечение: OfficeStd 2013 RUS OLP NL Acdmc: 021-10232
WinPro 8.1 RUS Upgrd OLP NL Acdmc: FQC-08171 ExchgStdCAL 2013 RUS OLP NL
Acdmc DvcCAL: 381-04287. Договор - 179/2011-ОА от 12.09.11

Базы данных, информационно-справочные и поисковые системы:

www.infectology.ru/forall/index.aspx;

<http://hiv-spb.ru/>; <http://www.hivrussia.org/>; <http://rospotrebnadzor.ru/>

<http://www.rmass.ru/> Российская Медицинская Ассоциация

сайт ВОЗ : www.who.int.ru Всемирная организация здравоохранения: ВОЗ

Научная электронная библиотека eLIBRARY.RU -https://elibrary.ru/project_orgs.asp

ЭМБ «Консультант врача» <http://www.rosmedlib.ru/>

12. Материально-техническое обеспечение

Материально-техническое обеспечение дисциплины: Симуляционный класс кафедры семейной медицины, пр.Просвещения 45, 2 этаж, для отработки практических навыков по оказанию неотложной медицинской помощи в объеме первой врачебной помощи

при неотложных состояниях. Манекен для проведения расширенной сердечно-легочной реанимации.

Учебная комната № 1, 5-я линия В.О., дом 58-60, Городская наркологическая больница

13. Методические рекомендации по прохождению практики

Производственная (клиническая) практика в форме обучающего симуляционного курса является компонентом основной профессиональной образовательной программы ординатуры и направлена на формирование и отработку практических навыков, необходимых для самостоятельной работы врача-психиатра-нарколога.

Проведение обучающего симуляционного курса обеспечивает приобретение и закрепление необходимых умений и навыков, формирование профессиональных компетенций, готовность к самостоятельной и индивидуальной работе, принятию ответственных решений в рамках профессиональной компетенции.

Итогом прохождения практики в форме обучающего симуляционного курса является дифференцированный зачет.



Министерство здравоохранения Российской Федерации

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования**

**"Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова"
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

(ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)

экз. № _____

«УТВЕРЖДАЮ»

И.о. проректора по учебной работе, науке и
инновационной деятельности

_____/ А.В. Силин/
«31» августа 2017

ПРОГРАММА ПРАКТИКИ

<i>Направление подготовки (код, название)</i>	31.08.21 психиатрия-наркология
<i>Форма обучения</i>	очная

<i>Вид практики</i>	Производственная (клиническая)
<i>Тип практики</i>	Базовая
<i>Способ проведения практики</i>	Стационарная, выездная
<i>Объем практики (в зач.единицах)</i>	63
<i>Продолжительность производственной практики (в акад. часах)</i>	2268

Санкт-Петербург – 2017

Программа практики составлена на основании Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.21 «Психиатрия-наркология», утвержденного ФГОС ВО от «25» августа 2014 г. № 1063 и Положения о практике обучающихся, осваивающих основные профессиональные образовательные программы высшего образования, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 27 ноября 2015 г. № 1383

Составители программы практики: Софронов Александр Генрихович, зав. кафедрой психиатрии и наркологии, д.м.н., Савельев Андрей Павлович, доцент кафедры психиатрии и наркологии, к.м.н.

Рецензент: Н. Н. Петрова, д.м.н., проф. зав.кафедрой психиатрии СПбГУ
(Ф.И.О., должность, степень)

Программа практики обсуждена на заседании кафедры психиатрии и наркологии

«03» августа 2017г. протокол № 8

СОДЕРЖАНИЕ

<u>1. Цели практики</u>	4
<u>2. Задачи практики</u>	4
<u>3. Место практики в структуре основной профессиональной образовательной программы</u> ..	4
<u>4. Формы проведения практики</u>	4
<u>5. Время и место проведения практики</u>	4
<u>6. Планируемые результаты обучения при прохождении практики</u>	5
<u>7. Структура и содержание практики</u>	7
<u>8. Формы отчетности и аттестации по практике</u>	8
<u>9. Фонд оценочных средств</u>	8
<u>9.1. Критерии оценки</u>	8
<u>9.2. Оценочные средства</u>	7
<u>10. Учебно-методическое и информационное обеспечение</u>	92
<u>11. Материально-техническое обеспечение</u>	94
<u>12. Методические рекомендации по прохождению практики</u>	94

1. Цели практики

Закрепление теоретических знаний по психиатрии, развитие практических умений и навыков, полученных в процессе обучения в ординатуре, формирование профессиональных компетенций врача – психиатра-нарколога, приобретение опыта в решении реальных профессиональных задач.

2. Задачи практики

Изучить организацию лечебно-диагностического процесса и проведения профилактических мероприятий при оказании специализированной помощи в наркологическом стационаре и диспансере. Научиться проводить обследование больного с зависимостями (сбор анамнеза, осмотр, интервью). Научиться оценивать дифференциально-диагностическую значимость симптомов и синдромов, характерных для психических расстройств в результате употребления ПАВ. Научиться формулировать диагноз в соответствии с требованиями МКБ-10. Научиться осуществлять лечение больных с зависимостями и их последующую реабилитацию с учетом нозологической формы, тяжести болезни и сопутствующих патологических состояний. Научиться проводить диагностику и лечение сопутствующих заболеваний, относящихся к смежным дисциплинам, с привлечением при необходимости для консультации соответствующих специалистов. Научиться определять показания и противопоказания к проведению рациональной психофармакотерапии. Научиться осуществлять раннюю диагностику распространенных психических расстройств в результате употребления ПАВ по клиническим синдромам, дифференциальную диагностику

3. Место практики в структуре основной профессиональной образовательной программы

Практика относится к базовой части Блока 2 «Практики» Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (ФГСО ВО) по специальности 31.08.21 «Психиатрия-наркология»

4. Формы проведения практики

Практика проводится дискретно – путем чередования в календарном учебном графике периодов учебного времени для проведения практик с периодами учебного времени для проведения теоретических занятий.

5. Время и место проведения практики

В соответствии с учебным планом практика проводится на 1-2 курсах СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница №3 им. И.И. Скворцова-Степанова», СПб ГБУЗ «Городская наркологическая больница», НИИ Скорой помощи им. Джанелидзе.

6. Планируемые результаты обучения при прохождении практики

Практика направлена на формирование у обучающихся следующих компетенций (в соответствии с ФГОС ВО)

№ п/п	Компетенции		Результаты практики		
	Код	Содержание	Знать	Уметь	Владеть
1	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	принципы и методы проведения санитарно-просветительской работы среди населения по профилактике ряда заболеваний и пропаганде здорового образа жизни основы и принципы организации рационального питания различных возрастных и профессиональных групп; физиологическую роль физической культуры в профилактике	осуществлять профилактические мероприятия по повышению сопротивляемости организма к неблагоприятным факторам внешней среды, используя методы здорового питания, физической культуры, закаливания, пропагандирования здорового образа жизни	принципами проведения санитарно-просветительской работы по пропаганде здорового образа жизни и отказа от вредных привычек
2	ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения	принципы организации профилактических мероприятий по предупреждению заболеваемости среди населения; принципы диспансеризации населения, реабилитации больных и переболевших	выявлять факторы риска основных инфекционных заболеваний, проводить профилактические мероприятия при них; выполнять профилактические, гигиенические и противоэпидемические мероприятия;	методикой проведения профилактических мероприятий методикой оценки эффективности диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными
3	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	критерии постановки диагноза при различных заболеваниях; критерии диагностики основных неотложных и угрожающих жизни состояний	использовать алгоритм постановки диагноза с учетом Международной статистической классификации болезней; наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза и получения достоверного результата	методами общеклинического обследования; интерпретацией обследования; навыком сопоставления морфологических и клинических проявлений болезней; навыком постановки предварительного диагноза, с учетом обследования больного, согласно международной статистической классификации

					болезней; навыком диагностирования неотложных и угрожающих жизни состояний
4	ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов с инфекционными заболеваниями	методы и принципы медикаментозной и немедикаментозной терапии инфекционных заболеваний	назначать адекватное лечение, в соответствии с выставленным диагнозом	методами лечение, в соответствии с выставленным диагнозом
5	ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации	методы и принципы медикаментозной и немедикаментозной терапии инфекционных больных, нуждающихся в медицинской реабилитации	назначать адекватное лечение, в соответствии с планом реабилитации	методами адекватного лечения, в соответствии с планом реабилитации
6	ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	основы здорового образа жизни	проводить основные медицинские манипуляции и процедуры, направленные на сохранение и укрепление здоровья	навыками обучения формирования у пациентов и членов их семей здорового образа жизни
7	ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	правила и принципы профессионального врачебного поведения, врача; основные принципы и положения конституционного, гражданского, трудового, семейного, административного, уголовного права; этические документы отечественных и международных профессиональных медицинских организаций и ассоциаций; организацию работы и обязанности младшего и среднего медперсонала	выстраивать и поддерживать рабочие отношения с другими членами коллектива; применять нормативные правовые акты РФ в своей профессиональной деятельности	принципами врачебной деонтологии и медицинской этики; принципами и методами медицинской психологии; навыками работы с нормативной, законодательной и правовой документацией в пределах своей профессиональной деятельности
8	ПК-11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	порядок сбора, хранения, поиска и обработки, преобразования распространения информации в медицинских	пользоваться методикой сбора социально-гигиенической информации, информации о состоянии здоровья	методикой сбора социально-гигиенической информации, информации о состоянии здоровья

			системах, использование информационных компьютерных систем в медицине и здравоохранении	населения; пользоваться методикой анализа и статистической обработки полученной информации;	населения; навыком разработки научно-обоснованных мер по улучшению здоровья мужчин и женщин
--	--	--	---	---	---

7. Структура и содержание практики

Учебно-тематический план

№ п/п	Тема	Час.	Вид деятельности	Кол-во манипуляций
1	Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя	432	Участие в клинических разборах, разбор историй болезни, самостоятельный анализ результатов экспериментально-психологических заключений и инструментальных исследований	100
2	Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов	432	Участие в клинических разборах, разбор историй болезни, самостоятельный анализ результатов экспериментально-психологических заключений и инструментальных исследований	140
3	Психические и поведенческие расстройства в результате употребления каннабиноидов	382	Участие в клинических разборах, разбор историй болезни, самостоятельный анализ результатов экспериментально-психологических заключений и инструментальных исследований	100
4	Психические и поведенческие расстройства в результате употребления седативных или снотворных средств	164	Участие в клинических разборах, разбор историй болезни, самостоятельный анализ результатов экспериментально-психологических заключений и инструментальных исследований	80
5	Психические и поведенческие расстройства в результате употребления кокаина	200	Участие в клинических разборах, разбор историй болезни, самостоятельный анализ результатов экспериментально-психологических заключений и инструментальных исследований	100
6	Психические и поведенческие расстройства в результате употребления стимуляторов	200	Участие в клинических разборах, разбор историй болезни, самостоятельный анализ результатов экспериментально-психологических заключений и инструментальных исследований	110
7	Психические и поведенческие расстройства в результате	168	Участие в клинических разборах, разбор историй болезни, самостоятельный анализ результатов экспериментально-психологических заключений и	150

	употребления галлюциногенов		инструментальных исследований	
8	Психические и поведенческие расстройства в результате употребления табака	200	Участие в клинических разборах, разбор историй болезни, самостоятельный анализ результатов экспериментально-психологических заключений и инструментальных исследований	110
10	Психические и поведенческие расстройства в результате употребления органических летучих растворителей	90	Участие в клинических разборах, разбор историй болезни, самостоятельный анализ результатов экспериментально-психологических заключений и инструментальных исследований	100

8. Формы отчетности и аттестации по практике

Формы отчетности:

- дневник ординатора

Форма аттестации:

- промежуточная, в форме зачета

9. Фонд оценочных средств

9.1. Критерии оценки

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
	Реферат	Продукт самостоятельной работы обучающегося, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.	Темы рефератов	Содержательные: соответствие содержания работы заявленной теме; степень раскрытия темы; наличие основных разделов: введения, основной части, заключения; обоснованность выбора темы, ее актуальности; структурирование подходов к изучению рассматриваемой проблемы (рубрикация содержания основной части); аргументированность собственной позиции; корректность формулируемых выводов.

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
				Формальные: объем работы составляет от 20 до 30 страниц; форматирование текста (выравнивание по ширине, 12 шрифт, 1.5 интервал); соответствие стиля изложения требованиям научного жанра; грамотность письменной речи (орфография, синтаксис, пунктуация); перечень используемых литературных источников (содержит не менее 10 источников, 70% которых - научные и учебно-методические издания; из них более 50% - литература, опубликованная за последние 5 лет).
	Собеседование	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	Вопросы по темам/разделам дисциплины	Полнота раскрытия темы; Знание основных понятий в рамках обсуждаемого вопроса, их взаимосвязей между собой и с другими вопросами дисциплины (модуля); Знание основных методов изучения определенного вопроса; Знание основных практических проблем и следствий в рамках обсуждаемого вопроса; Наличие представления о перспективных направлениях разработки рассматриваемого вопроса
	Ситуационные задачи	Проблемная задача на основе реальной профессионально-ориентированной ситуации, имеющая варианты решений. Позволяет оценить умение применить знания и аргументированный выбор варианта решения	Набор ситуационных задач по темам/разделам	грамотность определения содержащейся в задаче проблемы; корректность оперирования профессиональной терминологией при анализе и решении задачи; адекватность применяемого способа решения

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
				ситуационной задачи
	Тестовое задание	Система заданий, позволяющая стандартизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	Фонд тестовых заданий (варианты)	Критерии оценки вопросов теста в зависимости от типов формулируемых вопросов.

9.2. Оценочные средства

Включаются все оценочные средства, используемые при текущем контроле и промежуточной аттестации

Темы рефератов

- «Организация наркологической помощи за рубежом»
- «Организация наркологической помощи в РФ»
- «История психиатрии-наркологии в России»
- «Основные законодательные акты и руководящие документы в психиатрии и наркологии»
- «Расстройства восприятий»
- «Расстройства ощущений»
- «Патология ассоциативного процесса»
- «Бред, систематика»
- «Расстройства высших психических функций»
- «Патология медиаторного обмена при зависимостях»
- «Современные антипсихотики»
- «Современные антидепрессанты»
- «Стабилизаторы настроения»
- «Анксиолитики»
- «Побочные эффекты антипсихотической терапии»
- «Вопросы недобровольной госпитализации в стационаре»
- «Юридические аспекты работы врача-психиатра-нарколога»
- «Влияние алкоголя на организм подростка»
- «Критерии оценки качества медицинской помощи в психиатрии-наркологии»
- «Виды принудительных мер медицинского характера и правовые основы их применения»
- «Вопросы судебной психиатрии в наркологии»
- «Современные концепции этиопатогенеза психосоматических расстройств»
- «Социальная адаптация при алкогольной болезни»
- «Детский алкоголизм»
- «Медико-социальные проблемы наркомании»
- «Медико-социальные проблемы алкоголизма»
- «Применение Закона РФ «О наркотических средствах и психотропных веществах».
- «Понятие и варианты внутренней картины болезни у больных с зависимостями»
- «Ятрогении и нозогенные реакции»
- «Курение и материнство»

Вопросы для собеседования

1. Понятие психопатологического симптома, синдрома, болезни в психиатрии.
2. Критерии нарушенного сознания. Синдромы выключения сознания, клиника, диагностическое значение.
3. Расстройства ощущений. Клиническая характеристика и диагностическое значение.
4. Иллюзии. Клиническая характеристика и диагностическое значение.
5. Галлюцинации. Объективные признаки галлюцинаций. Клиническая характеристика и диагностическое значение.
6. Расстройства сенсорного синтеза (психосенсорные расстройства). Клиническая характеристика и диагностическое значение.
7. Память и ее расстройства. Диагностическое значение расстройств памяти.
8. Формальные расстройства мышления и их диагностическое значение.
9. Бредовые идеи. Определения понятия, клинические формы, диагностическое значение.
10. Расстройства эмоциональной сферы. Клиническая характеристика и диагностическое значение симптомов.
11. Расстройства влечений. Клиническая характеристика и диагностическое значение.
12. Расстройства волевой сферы. Клиническая характеристика и диагностическое значение.
13. Двигательные расстройства. Формы психомоторного возбуждения. Клиническая характеристика и методы купирования.
14. Бредовые синдромы. Клиническая характеристика и диагностическое значение. Динамика бредовых синдромов.
15. Синдром психического автоматизма (синдром Кандинского-Клерамбо). Клиническая характеристика и диагностическое значение.
16. Делириозный синдром. Клиническая характеристика и диагностическое значение.
17. Аментивный синдром. Клиническая характеристика и диагностическое значение.
18. Онейроидный синдром. Клиническая характеристика и диагностическое значение.
19. Сумеречное расстройство сознания. Клиническая характеристика и диагностическое значение.
20. Кататонические синдромы. Клиническая характеристика и диагностическое значение.
21. Корсаковский синдром. Клиническая характеристика и диагностическое значение.
22. Астенический синдром. Клиническая характеристика и диагностическое значение.
23. Навязчивые состояния. Клиническая характеристика и диагностическое значение.
24. Навязчивые страхи. Клиническая характеристика и диагностическое значение.
25. Импульсивные состояния. Клиническая характеристика и диагностическое значение.
26. Клинические разновидности депрессивного синдрома. Их диагностическое значение.
27. Клиническая характеристика маниакального синдрома. Его диагностическое значение.
28. Физиологический и патологический аффект. Судебно-психиатрическая квалификация.
29. Врожденное и приобретенное слабоумие. Клинические формы деменции.
30. Умственная отсталость. Степени умственной отсталости. Основные причины. Особенности трудовой и судебно-психиатрической экспертизы.
31. Психоорганический синдром, его проявления и диагностическое значение.
32. Определение понятия психотического и непсихотического уровня заболевания

33. Ипохондрия. Клиническая характеристика и диагностическое значение.
34. Дисморфоманический синдром. Клиническая характеристика и диагностическое значение.
35. Понятие о соматизированных (маскированных) депрессиях. Принципы диагностики и терапии.
36. Синдром психической зависимости. Обсессивное влечение к ПАВ. Отсутствие психического комфорта вне интоксикации.
37. Синдром физической зависимости. Абстинентный синдром. Компulsive влечение к ПАВ. Отсутствие физического комфорта вне интоксикации.
38. Синдром измененной реактивности. Понятие о толерантности. Формы опьянения. Способы употребления.
39. Биопсихосоциальная модель зависимости. Соматический компонент. Энцефалопатический компонент. Психологический компонент. Социальный компонент. Понятие о патологическом влечении к ПАВ.
40. Общая характеристика Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Сфера его применения, основные принципы оказания психиатрической помощи.
41. История наркологической помощи в России. Организация наркологической помощи в РФ. Основные законодательные акты и руководящие документы в наркологии.
42. Организация наркологической помощи за рубежом. GCP, FDA, DSM-IVR, стандарты по диагностике и лечению наркологических расстройств. Принципы работы и основные научные достижения NIDA. Психотерапия, наркология, детская психиатрия и медицинская психология за рубежом.
43. Правовые аспекты оказания амбулаторной наркологической помощи. Правовые аспекты и принципы амбулаторного наркологического освидетельствования.
44. Права и обязанности медицинских работников, оказывающих наркологическую медицинскую помощь. Меры социальной защиты лиц, оказывающих наркологическую помощь.
45. Медико-социальная экспертиза наркологических больных, основные ее принципы. Определение временной нетрудоспособности. Порядок выдачи листков временной нетрудоспособности. Сроки временной нетрудоспособности. Показания к направлению на МСЭ, группы инвалидности. Военная экспертиза в психиатрии-наркологии.
46. Этика и деонтология в психиатрии-наркологии. Этические проблемы наркологического диагноза, оказания наркологической помощи, медикаментозной терапии, этика общения с пациентами и их родственниками.
47. Организационные и методические основы управления наркологической службой, структура управления и его принципы, финансово-экономическое обеспечение психиатрической службы.
48. Организация внебольничной наркологической помощи. Понятие о диспансере, принципы его работы, виды диспансерного учета.
49. Организация стационарной наркологической помощи. Устройство и принципы работы наркологического стационара.
50. Клинические методы обследования наркологических больных. Понятие о клинко-психопатологическом методе. Оценка особенностей мышления, интеллектуально-мнестических функций, личностных особенностей психически больных.
51. Параклинические методы обследования наркологических больных. Использование рентгенологических, пневмоэнцефалографических, ЭЭГ методов исследования. ПЭТ, КТ и МРТ в психиатрии. Генетические исследования в психиатрии-наркологии, генеалогический, близнецовый методы, цитогенетические методы.

52. Классификации болезней в психиатрии-наркологии. История классификаций. Нозологическая классификация. МКБ -10.
53. Алкогольная зависимость. Определение, психопатология. Типы классификаций алкогольной зависимости. Исходы алкогольной зависимости. Терапия алкогольной зависимости.
54. Алкогольная зависимость. Понятие о видах запоев. Дни тяжелого пьянства. Утрата всех видов контроля. Виды патологического влечения к алкоголю. Терапия алкогольной зависимости.
55. Алкогольный абстинентный синдром: особенности клиники у соматически ослабленных больных и больных пожилого возраста. Принципы терапии.
56. Постабстинентный синдром при алкогольной зависимости. Идеаторный, поведенческий и эмоциональный компоненты постабстинентного синдрома.
57. Алкогольные психозы, классификация.
58. Алкогольный делирий, алкогольный параноид, Корсаковский синдром. Принципы терапии.
59. Классификация опиатов. Опиаты растительного происхождения, полусинтетические, синтетические. Агонисты, агонисты-антагонисты, антагонисты опиатных рецепторов.
60. Острый опиный абстинентный синдром. Постабстинентные расстройства. Период стабилизации ремиссии. Принципы терапии.
61. Абстинентный синдром при кокаиновой наркомании, симптомы острой интоксикации, формирование зависимости. Психозы при употреблении кокаина. Лечение абстинентного синдрома при кокаиновой наркомании.
62. Абстинентный синдром при амфетаминовой наркомании, симптомы острой интоксикации, формирование зависимости. Психозы при употреблении амфетаминов. Лечение абстинентного синдрома при амфетаминовой наркомании.
63. Особенности клиники кофеиновой наркомании. Симптомы отмены. Принципы терапии
64. Фазность интоксикации каннабиноидами. Характерные особенности зависимости при употреблении каннабиноидов. Последствия и осложнения хронической интоксикации каннабиноидами. Принципы лечения.
65. Последствия злоупотребления галлюциногенами. Симптомы отмены. Принципы лечения.
66. Интоксикационные психозы. Определение, психопатология. Классификация. Этиология, теоретические представления, эпидемиология. Патогенез. Экспертиза
67. Основы психотерапии. Основные психотерапевтические методы. Психотерапия наркологических расстройств. Психотерапия аффективных расстройств. Принципы мотивационного интервью.
68. Неврологические осложнения злоупотребления алкоголем. Неврологические осложнения при злоупотреблении психлестимуляторами.
69. Классификация психофармакологических препаратов. Понятие о спектре активности психофармакопрепаратов. Общее и избирательное действие психофармакологических препаратов.
70. Антипсихотики. Систематика по химическому строению, клиническим эффектам. Показания, противопоказания, побочные эффекты.
71. Антидепрессанты. Систематика по химическому строению, клиническим эффектам. Показания, противопоказания, побочные эффекты.
72. Транквилизаторы, систематика. Показания, противопоказания, побочные эффекты.
73. Ноотропы, систематика. Показания, противопоказания, побочные эффекты.
74. Стабилизаторы аффекта, систематика. Показания, противопоказания, побочные эффекты.
75. Антikonвульсанты, систематика. Показания, противопоказания, побочные эффекты.

76. Блокаторы опиатных рецепторов. Налоксон, налтрексон, вивитрол. Принципы терапии аддиктивных состояний.
77. Неотложные состояния в наркологии. Лечение серии эпилептических припадков, эпилептического статуса, тяжелых форм алкогольного делирия и острых алкогольных энцефалопатий, тяжелой алкогольной интоксикации и абстиненции, острой интоксикации при наркоманиях и токсикоманиях, состояниях помраченного сознания
78. Психотерапия наркологических больных, классификация, методы, применяемые в наркологической практике, показания, противопоказания.
79. Реабилитация наркологических больных. Понятие медицинской, профессиональной, социальной реабилитации. Принципы и этапы реабилитации
80. Роль социально-экономических, медицинских психологических факторов при развитии аддиктивного поведения и химической зависимости.
81. Эпидемиология наркологических заболеваний.
82. Алкогольное опьянение: клиника, определение степени. Патологическое опьянение.
83. Бытовое пьянство (классификация, критерии перехода бытового пьянства в алкоголизм). Стадии хронического алкоголизма.
84. Особенности алкоголизма у женщин. Семейный алкоголизм. Алкогольный синдром плода: медицинские последствия
85. Медицинские последствия злоупотребления этанолом.
86. Медицинский, социальный и юридический критерии понятия "наркотическое вещество". Понятие психотропного и психоактивного вещества, стимулятора и допинга. Привыкание и пристрастие. Классификация аддиктивных расстройств.
87. Основные синдромы при наркоманиях.
88. Злоупотребление опиатами.
89. Злоупотребление препаратами конопли.
90. Злоупотребление кокаином.
91. Злоупотребление стимулирующими средствами
92. Злоупотребление галлюциногенами.
93. Злоупотребление снотворными и успокаивающими средствами.
94. Злоупотребление летучими ароматическими веществами.
95. Злоупотребление табаком. Полинаркомания.
96. Особенности ранней (подростковой) алкоголизации. Ранний (подростковый) алкоголизм (группы риска, клиника, современные особенности).
97. Особенности наркоманий и токсикоманий в подростковом возрасте.
98. Нехимические зависимости: виды, проявления, подходы к терапии.
99. Фармакотерапия наркологических расстройств.
100. Принципы профилактики и реабилитации химической зависимости.

Ситуационные задачи

Задача 1.

Пациент 35 лет, находится в отделении 5-ые сутки, поступил в линейное отделение наркологической больницы с диагнозом: Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиатов. Синдром зависимости от приёма опиатов (метадон) средней (II) стадии. Синдром отмены средней степени тяжести.

Из анамнеза известно: Общий стаж употребления опиатов около 20 лет, отмечалось 2 ремиссии в вынужденных условиях (сидел в тюрьме 2 и 3,5 года). В остальное время употреблял наркотики непрерывно. Инфицирован гепатитом С и ВИЧ.

Средняя суточная доза, заявленная пациентом при поступлении – примерно 250 мг кустарного метадона («четверть»). Последний приём – за 1 сутки до поступления, так же «четверть».

Первые двое суток пребывания в отделении был упорядочен, в режим укладывается, лекарства принимал в полном объеме, ночной сон был достаточный. С третьих суток у больного нарушили сон, не смотря на лекарственные назначения, стал раздражительным, претенциозным, конфликтным, требовал дополнительных лекарственных назначений на ночь и в течении дня. Проявлял поисковое поведение, предлагал врачу деньги, за дополнительные назначения тармала, просил отпустить его «домой на пару часов», был возмущен отказом, угрожал жалобами, пытался выяснить у пациентов, где в больнице можно найти наркотики.

Получаемое лечение: трамал -400 мг/сутки, колофелин - 0,6мг/сутки, хлорпротиксен – 200 мг/сутки, феназепам – 3 мг/сутки.

На 5 сутки, утром во время обхода, пациент лежит в постели, глаза закрыты, бледный, губы цианотичны, на обращенную речь, тормошение, болевые раздражители не реагирует, зрачки сужены, на свет не реагируют, дыхание редкое, поверхностное, 6 дыхательных движений в минуту. Рс-86 в 1 минуту, ритмичный, слабого наполнения, АД 90/50мм рт.ст.

1.Оцените состояние. Каков предположительный диагноз?

2.Какова Ваша тактика по лечению и наблюдению? Какие лекарственные назначения и другие мероприятия необходимы в данном случае?

3. Какова ваша тактика при отсутствии должного лекарственного обеспечения?

Задача 2

Пациент 28 лет поступил на лечение в линейное отделение наркологической больницы с диагнозом: ППР в результате употребления опиатов (героин). Синдром зависимости средней(II) стадии. Синдром отмены средней степени тяжести.

Из анамнеза известно: употребляет опиаты 10 лет, сформированы психическая и физическая зависимость, синдром отмены. Максимальная суточная доза (за все время употребления) доходила до 5 гр кустарного героина. Отмечались короткие, нестабильные спонтанные ремиссии по 1-2 месяца, в это время викарно употреблял алкоголь. Инфицирован гепатитом С и вич. Перед данной госпитализацией употреблял героин ежедневно, систематической последние 2 месяца, последнее время суточная доза доходила до 2.5 гр героина.

В отделении предъявлять жалобы на выраженные костно-мышечные боли, ломоту в суставах, слабость раздражительность, бессонницу. Получал следующую терапию: трамал 400 мг/сутки., клофелин 0.6 мг /сутки, феназепам 4 мг на ночь, хлорпротиксен 150 мг/сутки. Анализы-без особенностей.

На 4 день пребывания в отделении пациент стал жаловаться на тошноту, рвоту, частый жидкий стул (с 00часов, до 10-00 – 8 раз), боли в животе спастического, схваткообразного характера. Был неприятен калом. О характере стула отказывается сообщать категорически.

При осмотре: кожные покровы – бледные, чистые, высыпаний не обнаружено. Т тела 36,9. Рс-88 в минуту, ритмичный, симметричный. АД90/60 мм рт. Ст. В легких-без особенностей. Живот при пальпации – мягкий болезненный по всё поверхности, больше в левой подвздошной области и по ходу поперечно-ободочной кишки, урчит. Сигмовидная кишка спазмирована, умеренно болезненна. Симптомов раздражения брюшины не выявляется.

1.предварительный диагноз? Дифференциальный диагноз между какими состояниями необходимо провести?

2.какую лекарственные терапию Вы назначите?

3.какие анализы необходимо сделать?

4.какова будет Ваша тактика в отношении лечения и наблюдения?

Задача 3

Мужчина 32-х лет поступил на лечение в наркологическую больницу, со слов последние 6 месяцев употреблял «бутират» кустарного производства, последнее время доза доходила до 100 – 150 мл в сутки. Последнее употребление – за 2 дня до поступления. При обращении предъявлял жалобы на выраженную слабость, тревогу, бессонницу (не спал 2 ночи), «дрожь во всем теле». Был ориентирован, психотические расстройства не выявлялись.

Из анамнеза известно: наследственность отягощена алкоголизмом отца. Раннее развитие без особенностей. Образование 11 классов и проф.училище, по специальности автослесарь. Работает по профессии. Женат, имеет дочь 5-ти лет. Из перенесенных заболеваний – простудные, детские инфекции. Курит с 16-ти лет. Первая проба алкоголя в возрасте 18-ти лет. В дальнейшем алкоголизировался периодически, интенсивность употребления алкоголя возрастала, последние 2 года употреблял ежедневно 1 – 1.5 л пива, вечером после работы. «Бутират» стал употреблять последние 6 месяцев, вместе с коллегой по работе, затем стал употреблять в одиночку, по вечерам.

На фоне употребления стал вести себя «неадекватно», под давлением жены прекратил употребление, появились выше указанные жалобы в связи с чем обратился за помощью.

Пациенту было назначено лечение: инфузионная терапия 1000,0мл солевых растворов, витамины группы В, карбамазепин 600 мг в сутки, дроперидол 250 мг на ночь, феназепам 2 мг на ночь.

Вечером, в день поступления, пациент стал беспокойным, суетливым, растерянным, на месте не удерживается, бегает по отделению, не понимает где находится, считает, что «находится на вокзале», искал платформу, заявлял, что «опаздывает на поезд». Дезориентирован во времени. Периодически стряхивает с себя «жучков». Симптомов Райхардта положительный.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите тактику лечения.

Задача 4

Мужчина 45 лет, по специальности врач-реаниматолог, обратился за помощью амбулаторно в связи со злоупотреблением алкоголем.

Из анамнеза известно: раннее развитие без особенностей, наследственность не отягощена. Учился хорошо, окончил школу, затем институт с красным дипломом. После окончания института получил первичную специализацию по анестезиологии-реаниматологии, затем устроился работать по специальности. На работе всегда был на хорошем счету. Женат, имеет 2-х детей. Первая проба алкоголя в 20 лет, после этого употреблял алкоголь «изредка по праздникам». В возрасте 35 лет начал алкоголизироваться регулярно по 3-4 дня в неделю в перерывах между сменами. Учащение алкоголизации связывает с «возросшей рабочей нагрузкой» и необходимость «расслабляться». Последние 2 года толерантность выросла до 1 литра водки в сутки, появилось патологическое влечение к спиртному, похмельный синдром. Появились признаки утраты ситуационного и количественного контроля. В связи с употреблением алкоголя появились проблемы в семье и на работе. Обращение за помощью носит вынужденный характер – под давлением жены. Себя больным не считает. Критика к алкоголизации снижена, считает, что «проблема конечно есть, но может решить её сам». Убежден, что может «контролировать употребление спиртного, надо только взять себя в руки». Примерно 6 месяцев назад лечился в частном наркологическом центре, где пациенту было проведена детоксикация, купирование явлений синдрома отмены, а затем проведено противорецидивное лечение с использованием метода

плацебо-терапии. После данного лечения вновь возобновил алкоголизацию через месяцев. В беседе сообщает, что «не поверил в процедуру с самого начала».

1. Поставьте диагноз.
2. Предложите пациенту варианты противорецидивного лечения.

Задача 5

Мужчина 30 лет, был доставлен в приёмное отделение наркологической больницы друзьями. Со слов сопровождающих, пациент в течении последних 3-х дней употреблял кокаина интраназально, ночи не спал, в день обращения так же употреблял наркотик. На фоне приёма ПАВ стал странно себя вести: не понимал где находится, был суетливым, агрессивным, считал, что «сейчас придёт полиция и всех заберет», стремился убежать, спрятаться.

При осмотре, возбужден, беспокоен, тревожен, на месте удерживается с трудом, говорит громким голосом, на вопросы отвечает не по существу, многоречив. Дезориентирован в месте и времени, хотя понимает, что находится в лечебном учреждении. Жалуется, что под кожей рук «сидят мелкие жучки», пытается их извлечь. Кожа рук в свежих расчесах, зрачки расширены, на свет не реагируют.

1. поставьте диагноз
2. определите тактику лечения
3. Как называются специфические тактильные галлюцинации при данном состоянии?

Задача 6

Мужчина 45 лет обратился за помощью в амбулаторное наркологическое отделение, пришёл в сопровождение жены. При обращении предъявляет жалобы на слабость, головную боль, дрожь в теле, тревогу, рассказал, что слышит «голоса в шуме машин за окном», которые «ругаются и мешают».

В беседе контакту доступен, ориентированная во времени приблизительно, остальные виды ориентирован сохранены. Напряжение, тревожен, беспокоен, к чему-то постоянно прислушивается. При расспросе подтверждает, что слышит «голоса» на фоне шумов за окном. Некритичен к алкоголизации, критика в отношении обманов восприятия – неполная. Симптомов Райхардта – отрицательный.

При сборе анамнеза выяснено, что пациент длительное время, около 20 лет, систематического злоупотребляет алкоголем, сформирован синдром отмены, толерантность до 1 литра крепкого спиртного. Ранее за наркологической помощью никогда не обращался. Последний запой около 3-х недель. Последнее употребление алкоголя 2 дня назад, 2 ночи не спал. Жалобы на «голоса» появились ночью на кануне обращения, пришёл на приём под давлением жены.

1. Поставьте диагноз
2. Тактики лечения, нуждается ли больной в госпитализации, в случае отказа есть ли показания к не добровольной госпитализации.
3. Как называются обманы восприятия выявляемые у пациента.

Задача 7

Мужчина 40 лет поступил в наркологическую больницу после месячного запоя с диагнозом: Синдром зависимости от алкоголя. Алкогольный абстинентный синдром средней степени тяжести. За время лечения явления синдрома отмены были купированы, пациент готовится к выписке. Настаивает на проведении ему противорецидивной терапии – просит сделать ему «подшивку на 5 лет» («подшивка» - метод плацеботерапии). Из анамнеза известно, что в прошлом (7 лет назад) пациент систематически употреблял опий, был сформирован синдром отмены, затем самостоятельно прекратил наркотизацию, однако начал систематически алкоголизироваться, сразу с высокой толерантностью и синдромом отмены.

1. Какой прогноз плацеботерапии в данном случае
2. Предложите альтернативные варианты противорецидивной терапии.

Задача 8

Мужчина 50 лет проходит лечение в наркологической больнице с диагнозом: Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя. Синдром зависимости средней стадии. Синдром отмены средней степени тяжести. Поступил в больницу после 2-х недельного запоя, последнее употребление алкоголя в день поступления – выпил 1.5л пива.

Из анамнеза известно: длительно злоупотребляет спиртным, сформированы психическая и физическая зависимость, похмельный синдром. Толерантность составляет до 1.5 л водки в сутки. Имеются амнестические формы опьянения. Из перенесенных заболеваний – неоднократно сгм – в юности активно занимался боксом.

При поступлении в стационар получал дезинтоксикационную терапию, витамины, бензодиазепиновые транквилизаторы на ночь.

Утром второго дня пребывания в стационаре, пациент проходя по коридору на завтрак, внезапно громко закричал, упал на спину, стал хрипеть, возникли Тонические судороги, которые сменились клоническими. Обмочился. Судороги продолжались около 5 минут. Дежурный мед.персонал сразу вызвал врача.

1. Предварительный диагноз.
2. Тактика действий и лекарственных назначений
3. Какие обследования и консультации каких специалистов необходимо провести пациенту в последующем.

Задача 9

Женщина 39 лет, проходит лечение в наркологическом стационаре с диагнозом: Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя. Синдром зависимости средней стадии. Синдром отмены средней степени тяжести. Поступила в больницу после запоя продолжительность в 2 недели. Из анамнеза известно: длительно злоупотребляет алкоголем (10 лет), сформированы психическая и физическая зависимости, синдром отмены. Толерантность последнее время составляет до 0,5л водки в сутки. Рвотный рефлекс утрачен. В отделении получает лечение: дезинтоксикация, витамины, бензодиазепиновые транквилизаторы. На фоне проводимого лечения отмечался поверхностный сон с частыми пробуждениями. На 3-е сутки пребывания в стационаре, вечером пациентка стала двигательно беспокойна, собирала вещи, в окружающих узнавала своих родственников, внезапно начинала громко кричать и вставала ногами на стул, сообщала, что «видела огромную крысу». Что-то постоянно сплевывала, вытаскивал из о рта, говорила, что у неё «полный рот какой-то проволоки». При расспросе дезориентирована в месте и времени. На вопросы отвечает не по существу, после повторных обращений, постоянно к чему-то присматривается, на месте удерживается с трудом. Симптомов Райхардта – положительный.

1. поставьте диагноз
2. назначьте лечение

Задача 10

Пациентка 25 лет, госпитализирована в наркологическую больницу первично с диагнозом: Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиатов. Синдром зависимости средней стадии. Синдром отмены средней степени тяжести.

Из анамнеза известно: употребляет опиаты систематически 5 лет. Сформированы психическая и физическая зависимости. Средняя суточная доза 2 гр кустарного героина. Ранее не лечилась. Ремиссий не отмечалось.

При поступлении больной была назначена терапия: трамал -400 мг/сутки, колофелин - 0,6мг/сутки, хлорпротиксен – 200 мг/сутки, феназепам – 3 мг/сутки.

На вторые сутки, утром Пациентка встала с постели и потеряла сознание, упала, ударившись лицом об угол кровати, имеется гематома в области орбиты. В положении лежа пришла в сознание. Контактна. Средним персоналом был вызван врач.

1. предположительный диагноз

2. На что необходимо обратить внимание при осмотре

3. назначьте лечение

Задача 11

Пациент 25 лет, поступил в наркологическое отделение с диагнозом: Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиатов. Синдром зависимости средней стадии. Синдром отмены средней степени тяжести. На фоне лечения явления синдрома отмены были купированы. Сохраняются астенические расстройства. Под давлением родственников согласился продолжить лечение и пройти медицинскую реабилитацию. В отделении реабилитации с первого дня держался обособленно, с персоналом реабилитации был насторожен, дистантен, на групповых мероприятиях был замкнутый, участвовал формально. На 7 день нахождения в медицинской реабилитации с утра стал беспокойным, раздражительным, обратился к персоналу с требованием разрешить звонок родственникам. На отказ родственников разговаривать с пациентом, последний заплакал и стал требовать выписать его из больницы. В беседе с врачом и психологом понимает, что уходить некуда («родители не пустят домой»), однако все равно настаивает на выписке.

1.какова Ваша тактика в данном случае

2.квалифицируйте состояние пациента

Задача 12

Пациент 28 лет, поступил в наркологическое отделение с диагнозом: Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиатов. Синдром зависимости средней стадии. Синдром отмены средней степени тяжести. На фоне лечения явления синдрома отмены были купированы. Сохраняются астенические расстройства. Под давлением родственников согласился продолжить лечение и пройти медицинскую реабилитацию. В отделении реабилитации с первого дня держался вызывающе, с персоналом реабилитации был груб, без дистанции, на групповых мероприятиях конфронтировал со специалистами, Обесценивал значимость психотерапии. По отношению к другим пациентам реабилитации настроен агрессивно. На замечания в свой адрес со стороны других пациентов реагирует вербальной агрессией и угрозами физической расправы. Регулярно нарушает режим. На выписку не настроен. Своим поведением дезорганизует работу отделения.

1.какова Ваша тактика

2.сделайте лекарственные назначения

Задача 13

Пациент 23-х лет , страдает опийной наркоманией, в средней стадии. Синдром отмены сформирован. Прошёл стационарное лечение, синдром отмены был купирован. Был выписан на противорецидивной терапии таблетированным налтрексоном. Через 2 недели пришёл на приём в сопровождение матери. Жалуется на выраженные костно-мышечные боли, тошноту, рвоту диареею. Заявляет, что это «побочные действие» назначенного ему препарата. При осмотре: кожные покровы влажные, липкие. Пульс учащен, зрачки расширены.

Со слов матери, пациент принимал налтрексон ежедневно в прописанной дозе, самостоятельно, без контроля со стороны родственников (вопреки данным рекомендациям). В день обращения мать пациента настояла на том, чтобы препарат был принят в её присутствии.

1. Поставьте диагноз

2. Окажите помощь

Задача 14

Пациент 25 лет проходил дезинтоксикацию в стационарном наркологическом отделении, с диагнозом: Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиатов. Синдром зависимости средней стадии. Синдром отмены средней степени тяжести. На фоне лечения явления синдрома отмены были купированы. От

последнего приёма тарамала прошло 7 дней. Был направлен на противорецидивную терапию пролонгированным налтрексоном. Перед процедурой введения препарата сдал образец мочи на содержание опиатов результат отрицательный. Пациенту была проведена налоксоновая проба. После введения 8мг налоксона в/м, через 10 минут у пациента появились следующие симптомы: проливной пот, рвота, расширение зрачков, стал суетливым, беспокойным, неусидчивым.

1. что произошло с пациентом, поставьте диагноз?

2. окажите помощь

Задача 15

Больной С. 24 лет, злоупотребляет алкоголем в течение 10-ти лет. В течение последних 3-х лет пьет запоями до 5-7 дней. В период запоев по утрам испытывает головную боль, потливость, сердцебиение. После последнего алкогольного эксцесса появилась тревога, подавленность, нарушился сон, был двигательно беспокойным, размахивал руками, как будто от кого-то отбивался. Разговаривал без собеседника, пытался выпрыгнуть из окна. Родственники вызвали скорую психиатрическую помощь.

Назовите описанные симптомы.

Назовите описанные синдромы.

Поставьте диагноз.

Нужна ли недобровольная госпитализация (НГ).

План терапевтических мероприятий.

Задача 16

Больной К., 46 лет, перенес тяжелый психоз, возникший через 4 дня после очередного запоя. Он сопровождался отрывочными зрительными галлюцинациями, тревогой. Больной находился в пределах постели, речь была бессвязной, перебирал руками одеяло. Через несколько дней перестал отвечать на вопросы, постоянно лежал, отсутствовали все рефлексы, кроме зрачкового. После выхода из психоза отмечались резкое снижение памяти, нарушение речи, постоянные головные боли.

Назовите симптомы.

Каков наиболее вероятный диагноз?

Признаки отмечающейся у больного стадии заболевания.

Какой психоз отмечался после выхода из делирия?

Какова степень делирия?

План терапевтических мероприятий

Задача 17

Больной А, 48 лет злоупотребляет алкоголем на протяжении 15 лет. В последние 2 года употребление носит постоянный характер, пьет по несколько дней подряд. Начало очередного употребления, как правило, связано с получением зарплаты, часто провоцируется конфликтами с женой. Дозы алкоголя постоянные. Прекращает употребление, когда заканчиваются деньги.

Назовите ведущее расстройство.

Сформулируйте диагноз.

Каковы признаки данной стадии заболевания?

Какой характер носят запои, которые наблюдаются у больного?

Какие еще расстройства могут возникать на этой стадии?

План терапевтических мероприятий.

Задача 18

Больная П., 47 лет, с 28 лет злоупотребляет алкоголем. В последние годы пьет в течение суток многократно, малыми порциями. Наблюдаются снижение болевой чувствительности в нижних конечностях, нарушение походки. Не может назвать текущий день, месяц, забывает то, что происходило минуту назад.

Сформулируйте свое диагностическое заключение.

Каковы симптомы заболевания?

Каково основное расстройство памяти?

Назовите стадию алкоголизма.

Каковы признаки этой стадии?

План терапевтических мероприятий.

Задача 19

Больной П., 18 лет, с 13 лет курит анашу, употребляет ЛСД, экстази, амфетамины. В 16 лет в драке перенес черепно-мозговую травму, после которой длительное время испытывал утомляемость и головные боли. Стал употреблять также водку и пиво. Иногда употреблял ЛСД. Однажды пришел домой в опьянении: испытывал страх, который сменялся экстатическим состоянием, заявлял, что может проникнуть «в суть всех вещей», что мысли

«переполняют» его, испытывал устрашающие зрительные галлюцинации, окружающее видел «в ярком свете», высказывал суицидальные мысли. На следующий день указанные симптомы исчезли. Признался, что накануне принимал «какие-то таблетки».

Назовите симптомы.

Установите диагноз.

Каков характер употребления психоактивных веществ?

К какой группе (с юридической точки зрения) относятся используемые больным препараты, помимо алкоголя?

Какие расстройства восприятия были у больного?

Задача 20

У больного В., 22 лет, который ранее не употреблял спиртные напитки, после однократного приема алкоголя в дозе 100 мл водки отмечалось сумеречное помрачение сознания, которое проявлялось дезориентацией в пространстве и времени, нарастало двигательное возбуждение, появились патологические аффекты, немотивированная агрессия. В этой связи мужчина был доставлен в приемное отделение наркологического диспансера.

1. Как называется комплекс симптомов, наблюдаемый у больного?
2. Что отличает патологическое опьянение от других форм алкогольного опьянения.
3. В случае совершения преступления в состоянии патологического опьянения пациент признается судебно-психиатрической экспертизой вменяемым или нет?
4. Нужна ли недобровольная госпитализация (НГ)?

Задача 21

Больной Д., 36 лет, злоупотребляет алкоголем с 23 лет. Отмечаются запои по 2-3 недели в последние 6 лет. Поступил в психиатрический стационар после очередного запоя. Дома стало казаться, что «обои в комнате двигаются, рожи корчат». Вечером в день поступления лежал в палате в кровати в позе роженицы с раздвинутыми и согнутыми в коленях ногами. В состоянии ужаса он кричал, что «рожает котят». При этом все мышцы были напряжены. Он видел, чувствовал как котята, «родившись», бегают по кровати, по телу, слышал, как они жалобно мяукают. Просил персонал и окружающих помочь «принять роды, а то весь разорвусь». Всего «родилось» 26 котят. После этого галлюцинаторные переживания резко поменялись и больной, вскочив с кровати, начал отбиваться от змей и «маленьких крокодилов», которые заползали на кровать и одеяло. Для того, чтобы поставить капельницу с лекарствами, персонал вынужден был прибегнуть к ограничению больного.

Какие симптомы отмечаются у больного?

Какие синдромы отмечаются у больного?

Клинический диагноз.

В чем особенность данного психотического эпизода?

Задача 22

Больной Х. 20-ти лет доставлен в приемное отделение НИИ Скорой помощи им. Джанелидзе в состоянии средней тяжести. От родственников известно, что последние три дня с друзьями регулярно употреблял «курительные смеси». При осмотре отмечается нарушение ориентировки в месте и времени, неподвижность мимической мускулатуры, фиксированный взгляд, мидриаз, гиперемия склер, признаки сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности. Больной разговаривает без собеседника, речь временами бессвязна. На фоне общей заторможенности периодически бывает возбужден в пределах кровати, перебирает одежду. Отмечаются кататонические симптомы в виде воздушной подушки, субступора.

Какие симптомы отмечаются у больного?

Какие синдромы отмечаются у больного?

Предполагаемый клинический диагноз (дифференциальная диагностика).

План терапевтических мероприятий.

Задача 23

В наркологический диспансер для лечения поступил подросток З., 16 лет, с проявлениями депрессии с элементами дисфории, раздражительности. От родственников известно, что в течение года употреблял кокаин; у подростка нарушен аппетит, сон, ощущаются перебои в работе сердца, нередко подросток проявляет гнев, злобу и беспокойство.

Предполагаемый синдром

Предполагаемый клинический диагноз

Каковы немедленные побочные эффекты приема кокаина (крэка)?

Каковы отсроченные эффекты приема кокаина?

Задача 24

После внутривенного введения психоактивного вещества у больного В., 25 лет, возникло ощущение блаженства, избытка жизненных сил; он чувствовал разливающееся по телу тепло, ощущение поглаживания и зуд кожи, необычную легкость в теле. Замедлилось течение мыслей. Эти симптомы быстро сменились ускорением мышления, повышением настроения с чувством радости. Впоследствии появились многоречивость, избыток энергии, суетливость, импульсивность. После этого отмечались замедленность движений и речи, чувство безысходности и бесцельности существования, сонливость.

Какое психоактивное вещество принимал больной?

Какие виды аффективных расстройств отмечались у больного?

Какие симптомы входят в состав наблюдаемых расстройств?

К какому типу (с клинической и юридической точки зрения) относится данное психоактивное вещество?

Какое тяжелое осложнение возникает при передозировке данным психоактивным веществом?

Задача 25

Больной Д., 29 лет поступил в приемное отделение наркологической больницы с жалобами на боли в конечностях, туловище, ринорею, слезотечение. В области обоих предплечий, особенно левого, следы нагноений, звездчатые рубцы, инфильтраты. Испытывает сильное влечение к наркотику. Госпитализацию объясняет отсутствием денег, чтобы «вмазаться». Раздражителен, не может усидеть на одном месте. Требуется немедленной помощи, «пока совсем не разорвало». Из анамнеза известно, что в течение последних 5-ти лет регулярно внутривенно употребляет героин и другие опиаты (в основном дезоморфин). Неоднократно лечился в наркологических больницах, после выписки ремиссии короткие до 1-2-х месяцев, после чего возобновлял наркотизацию. Четыре года не работает. Занимается воровством и перепродажей наркотиков, чтобы достать денег на дозу. Толерантность достигала 1,0-1,5 граммов героина в сутки. В ближайшие 2 часа алгический компонент ослаб и на первый план в клинической картине вышли снижение настроения, субдепрессия, суицидальные тенденции. Жалуется на «полную безысходность», «ненужность», «отсутствие желания жить». Впоследствии присоединились диспептические явления.

Предполагаемый синдром

Предполагаемый клинический диагноз

В чем клинические отличия данного синдрома?

Вследствие приема каких ПАВ возник данный синдром?

План терапевтических мероприятий и прогноз.

Задача 26

Обследуемый З., 22 лет поступил в наркологическое отделение с подозрением в употреблении наркотиков. При осмотре пониженного питания, бледен, кожа сухая с землистым оттенком. Выражен миоз. В области обоих предплечий, особенно левого, следы внутривенных инъекций. Через 14 часов у обследуемого появились зевота, слезливость, повышенная потливость, тремор рук, «гусиная» кожа, озноб, тошнота. Жаловался персоналу на ломоту и давление в суставах и мышцах. Раздражителен, груб. Заявляет, что он простудился, чувствует во всем теле жар. Упорно отрицает употребление наркотиков, лжив, неискренен. В отделении выпрашивал у персонала кодеин-содержащие препараты – «от кашля». После отказа ему в этом заявил, что убежит из отделения – «хоть на веревке из простыней из окна спущусь!».

Предполагаемый синдром

Предполагаемый клинический диагноз

Возможное дополнительное тестирование или обследование для подтверждения диагноза.

План терапевтических мероприятий.

Задача 27

Больной А., 23-х лет, обратился на прием к наркологу с жалобами на снижение памяти на текущие события, усталость, нарушения сна, неспособность выполнять привычную работу. С 14 лет состоит на учете в наркологическом диспансере по поводу злоупотребления летучими ингалянтами. Ингалировал различные клеи, растворители в течение 2-х лет. С трудом окончил 9 классов школы, из профессионального лица был исключен за прогулы и неуспеваемость. Работает эпизодически на малоквалифицированных работах. С 15-ти лет стал регулярно выпивать. В течение года сформировалась зависимость. На фоне систематического употребления алкоголя возникают запои, когда толерантность вырастала до 1 литра водки в сутки, продолжительностью до 7-10 дней.

При осмотре путается в ориентировке во времени, мышление вязкое, ригидное. Высказывания легковесные. Эмоционально лабилен, аффект неустойчивый со склонностью к дисфории. Память существенно снижена преимущественно на текущие события. С четвертой попытки запомнил имя и отчество врача. Критика к алкоголизации снижена, считает, что надо «немного подлечить нервишки».

Предполагаемый синдром

Какой тип злоупотребления алкоголем наблюдается у пациента?

Предполагаемый клинический диагноз

В чем роль злоупотребления летучими ингалянтами в подростковом возрасте в текущем состоянии пациента?

План терапевтических мероприятий.

Задача 28

Больной Ф., 33 года с алкоголем познакомился в возрасте 15-16 лет. Выпивал редко. Демобилизовавшись, окончил музыкальное училище и в дальнейшем по настоящее время работает в эстрадных оркестрах, выступая в ресторанах, кинотеатрах. Злоупотребление принимало все большие размеры, условия работы этому способствовали. К 30 годам установился синдром зависимости. Многократно менял места работы, дома сложилась конфликтная ситуация. Охотно беседует с врачом, но предпочитает рассказывать о своих переживаниях и неприятностях, причиной которых якобы являются окружающие, нежели о характере своего пьянства. Лжет, часто путается в деталях. Пытается представить себя как значительную во многих отношениях личность, подвергающуюся гонениям завистников, страдающую от излишней одаренности. В отделении держится с подчеркнутым превосходством, демонстративен, наигран, пытается обсуждать с врачом все детали назначений, требует постоянного внимания. Уклоняется от работы под всевозможными предлогами, чаще ссылаясь на недомогание; в тех же редких случаях, когда принимает участие в трудовых процессах, стремится привлечь к этому факту внимание как можно большего круга лиц. С удовольствием рассказывает больным (выбирая тех, кто может этому поверить) о всевозможных историях и событиях, центром которых был он.

Перечислите все симптомы и синдромы.

Предполагаемый клинический диагноз.

В чем особенность данного клинического случая?

План терапевтических мероприятий.

Задача 29

Больной Ж., 29 лет. Отец злоупотреблял алкоголем. Употреблять водку начал с 13-14 лет, после первых зарплат, потому что «все пили», не испытывал ни удовольствия, ни отвращения. Иногда напивался пьяным (когда было много водки). Женился в 20 лет («так сложились обстоятельства») после скандалов и угроз. К жене и ребенку особой привязанности не испытывал. В 24 года водку начал употреблять систематически, «от нечего делать». «Кончил работать – и в пивную». Признаки заболевания появились в течение первого же года злоупотребления. С 25 лет – обязательное похмелье, с 27 лет пьет запоями по 4-5 дней раз в 2-3 недели, употребляет с целью опохмеления политуру, тормозную жидкость, спиртосодержащую парфюмерию. Изменился по характеру, стал крайне неуравновешенным, взрывчатым, злобным. Неоднократно за драки и хулиганство отсидывал «сутки» в милиции, был судим. На работе не удерживается больше 3-4 месяцев. Дома постоянные конфликты, на его улице с ним «боятся связываться». Пьет со случайными и постоянными собутыльниками, пьет и один, хотя «одному – скучно». Дважды в состоянии похмелья наблюдались эпилептиформные припадки, с потерей сознания, тоническими и клоническими судорогами. В отделении постоянно в кругу больных, слушает их разговоры. Никакого занятия себе не нашел. От работы уклоняется, ссылаясь на всевозможные причины. Дважды был агрессивен, едва не избил больного. О доме и о работе никакого беспокойства не проявляет. Жену встречает очень холодно, забыв и спросить о сыне, забирает передачу и старается скорее уйти. Оживляется только тогда, когда играет в домино: сильно стучит костями, громко смеется, повторяя шаблонные в среде игроков выражения, получает при этом искреннее удовольствие. Запас слов ограниченный, выражения стереотипны, обилие жаргонных словечек. По ходу беседы легко аффектируется, дерзит, но быстро успокаивается и через некоторое время может смеяться. Наличие каких-либо духовных, эстетических запросов, стремлений установить не удалось. Крайне ограничен, примитивен. Определенных установок в жизни, мировоззрения нет.

Перечислите все симптомы и синдромы.

Предполагаемый клинический диагноз.

В чем особенность данного клинического случая?

План терапевтических мероприятий.

Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

Задача 30

Больная Л., 38 лет впервые попробовала закурить в 10 лет. С 14 лет начала курить ежедневно, выкуривая 2-5 сигарет в день. Курила «легкие» (дамские) сигареты. В настоящее время выкуривает около 30 сигарет в день, в течение дня наступают периоды, когда выкуривает 2-3 сигареты подряд. Закуривает сразу после пробуждения, натощак. Неоднократно бывали случаи, когда просыпалась ночью от сильного желания закурить. Старается курить крепкие сигареты, так как «легкие» полностью не снимают физический дискомфорт, не успокаивают ее. При попытках отказа от курения, предпринятых за последние годы на фоне ухудшения здоровья, у пациентки возникали часто повторяющиеся образные представления того, как она закуривает, с появлением табачного вкуса и сухости во рту. Одновременно возникало чувство «сдавления» в груди, тяжести в голове, появлялись тревожность, беспокойство, что препятствовало длительному отказу от курения. На протяжении последних 5 лет, когда резко увеличилось количество выкуриваемых сигарет в день, отмечает ухудшение самочувствия – беспокоят периодические боли в области сердца, одышка при быстрой ходьбе, кашель по утрам.

Перечислите все симптомы и синдромы.

Перечислите все симптомы и синдромы.

Предполагаемый клинический диагноз.

План терапевтических мероприятий.

Задача 31

Больная М, 65 лет, после смерти мужа 2,5 года назад стала принимать феназепам в дозе 1 мг на ночь. Через три месяца поняла, что одной таблетки для сна недостаточно. Знакомые посоветовали добавить корвалол. В течение последующих месяцев принимала сперва по 30-40 капель корвалола и 1-2 таблетки феназепама на ночь, затем доза лекарств постепенно повышалась. При попытке уменьшить дозу возникала бессонница, добавляла корвалол, иногда принимала корвалол в течение дня вместе с таблеткой феназепама. На момент осмотра суточная доза феназепама составляет 6-7 мг, в день выпивает по 100-150 капель корвалола. При попытке отказаться от приема препаратов хотя бы в дневные часы становится раздражительной, тревожной, устраивает скандалы дочери. В тайне от нее стремится принять «свою дозу», чтобы успокоится. Со слов дочери в последний год стала вялой, заторможенной, начинает дремать после еды, перед телевизором. Стала меньше интересоваться домашними делами, здоровьем и успеваемостью внуков, практически перестала читать художественную литературу. Почти не выходит из дома. Беспокоится только по поводу «есть ли дома все ее лекарства».

Перечислите все симптомы и синдромы.

Предполагаемый клинический диагноз.

Почему прием снотворно-седативных препаратов привел к развитию зависимости у данной больной?

План терапевтических мероприятий.

Задача 32.

Женщина - экономист, М.З., 22 лет. Госпитализирована в наркологический стационар под давлением родственников. Выросла в семье, где отец является действующим алкоголиком. Мать не пьет, но бабушка злоупотребляет алкоголем. Со школьных лет любила «веселые» компании. На протяжении 8 последних лет регулярно попадала в сложные ситуации, связанные со злоупотреблением алкоголем. В течение последних 2 лет пьет запоями. В период запоев по утрам испытывает головную боль, потливость, сердцебиение, сильное желание опохмелиться, подавленность, чувство вины. Во время последнего алкогольного эксцесса появилась тревога, подавленность, двигательное беспокойство («не находила себе места»), пыталась броситься из окна 4 этажа. Объясняет свое состояние тем, что «все достало!», «никому ничего не докажешь»...

1. Определите синдромальный диагноз
2. Определите нозологическую принадлежность и стадию болезни
3. Как квалифицируется состояние больной, послужившее непосредственным поводом к госпитализации?
4. Показана ли в данном случае неотложная госпитализация?
5. Определите вероятную медикаментозную и психотерапевтическую тактику

Задача 33

Мужчина, П.С., профессиональный водитель, 28 лет. Впервые попробовал спиртное после возвращения из армии. До этого всегда относился к употреблению спиртного отрицательно, т.к. активно занимался спортом, кроме того, «насмотрелся в детстве на отца и мать». Прекращение активной тренировочной деятельности, связанное с черепно-мозговой травмой, привело (со слов жены пациента) к утрате жизненной перспективы и вынужденному изменению стиля жизни. В течение последних 5 лет злоупотребляет алкоголем (пиво после работы). В случае вынужденного отсутствия возможности выпить становится раздражительным, дисфоричным, снижается настроение, испытывает тягу к спиртному. Для достижения «насыщения» ему требуются все большие дозы алкоголя, является инициатором употребления алкоголя в компании, стремится сам произносить тосты, учащает прием алкоголя. В опьянении становится агрессивным. Отдельные эпизоды предыдущего эксцесса не помнит или вспоминает с помощью очевидцев происшедшего.

1. Определите синдромальный диагноз
2. Определите нозологическую принадлежность и стадию болезни
3. Определите тип алкогольного опьянения
4. Какие расстройства памяти выявляются в данном случае?
5. Определите вероятную медикаментозную и психотерапевтическую тактику

Задача 34

Мужчина, И.Р., 52 лет, электрик. Стаж злоупотребления алкоголем около 30 лет. Последние 14 лет пьет запоями по 5-7 дней. К настоящему времени перешел на крепленые вина, эпизодически - суррогаты. Изменилось отношение к семье – появились безразличие, эгоистичность, участились конфликты «на ровном месте». В течение 2-х последних лет стал обращать внимание на то, что жена не интересуется его делами, часто

поздно возвращается домой. Настойчиво стал выяснять, где она «пропадает» в течение дня. Ответы жены не удовлетворяли его, перестал ей верить. Стал подозревать, что она ему изменяет, начал за ней следить. Ссоры и конфликты участились. Во время ссор стал применять физическое насилие, угрожает расправой. Требуется «сознаться во всем и не доводить его до греха», находит доказательства неверности (незнакомый запах мужского парфюма, слишком яркий макияж). Пришел к выводу, что жена изменяет ему с его начальником. Психический статус: ориентирован, подробно рассказывает о поведении жены, непоколебимо убежден, что жена ему изменяет. Чтобы не убить ее и не отвечать за это, считает необходимым развестись. Себя считает здоровым, а в больницу его «поместили жена и ее любовник, чтобы «развратничать». После долгих уговоров согласился полечить «нервы». В отделении поведение спокойное, упорядоченное. На свиданиях с женой, (если никто не наблюдает), требует от нее признаний, оскорбляет ее, угрожает расправой.

1. Определите синдромальный диагноз
2. Определите нозологическую принадлежность и стадию болезни
3. Как квалифицируется состояние больного, послужившее непосредственным поводом к госпитализации?
4. Определите вероятную медикаментозную и психотерапевтическую тактику

Задача 35

Пациент наркологического стационара, Р.Ш., 48 лет. В анамнезе длительное злоупотребление алкоголем в форме запоев. В связи с тем, что в последние несколько лет тяжесть запойных состояний резко возросла, был вынужден вызывать на дом нарколога «по газетной рекламе». Во время одного из визитов врач «оставил кучу таблеток и рассказал, как их нужно принимать». В течение короткого времени пациент принял все таблетки чтобы «побыстрее прийти в себя». В результате «состояние нормализовалось». Повысилось настроение, появилось благодушие, беззаботность, расторможенность, снижение чувства дистанции. Пациент выяснил название таблеток, оставленных врачом, и стал «по необходимости» их принимать. Во время приема имели место нарушение артикуляции, шаткая походка. Впоследствии наступал глубокий сон. Когда пациент вынужденно оказывался от приема таблеток, возникала выраженная тревога, меланхолическая и дисфорическая депрессия, нарушения сна. Через несколько лет от начала употребления таблеток у больного появились расстройства памяти, снижение критики.

1. Определите синдромальный диагноз
2. Определите нозологическую принадлежность и стадию болезни
3. Какой группой ПАВ злоупотребляет больной?
4. Назовите нейрхимический феномен, лежащий в основе формирования описанной патологии
5. Относится ли данное вещество к наркотикам?

Задача 36

Пациент психиатрического стационара, С.Н., 39 лет, злоупотребляет алкоголем в течение 15 лет, 5 лет опохмеляется. По словам жены, последние 2 года пил запоями по 3-5 дней. На фоне простудного заболевания у больного после прекращения выпивки (больному необходимо было выйти на работу), у него внезапно появились тревога, беспокойство, страх, нарушился сон (практически перестал спать). На третий день после прекращения алкоголизации вечером, закрыв глаза, стал видеть мух, пауков, «каких-то других мерзких насекомых». В ужасе открывал глаза, и тогда все исчезало. На следующий день утром чувствовал себя лучше, но к вечеру вновь стал видеть мух и пауков, на этот раз уже и с открытыми глазами, чувствовал, как они ползают по коже, кусают его, через некоторое

время с удивлением заметил, что в комнате появились куры и мыши, которые стали преследовать его. Он прятался, бегал, кричал, решил повеситься, но не мог сообразить, как это лучше сделать. Затем стал слышать голоса неизвестных мужчин за дверью, сговаривающихся его убить. Обращался к близким: «Слышите, что они говорят? Не пускайте их в дом», при этом испытывал сильный страх, не реагировал и не понимал смысла обращений к нему. Родственники вызвали скорую помощь. Был госпитализирован психиатрической бригадой. В момент госпитализации был резко возбужден, весь дрожал, был покрыт холодным потом.

1. Определите синдромальный диагноз
2. Определите нозологическую принадлежность и стадию болезни
3. Опишите нейрохимическую основу патогенеза состояния отмены алкоголя
4. Определите вероятную медикаментозную и психотерапевтическую тактику
5. Как квалифицируется состояние больного, послужившее непосредственным поводом к госпитализации?

Задача 37

В приемный покой наркологического стационара доставлен пациент А. З., 20 лет. Больной был подобран на улице. В больницу доставлен на носилках. Контакту недоступен. Неподвижен, на внешние и болевые раздражители не реагирует. Из рта - запах алкоголя. В ротовой полости – остатки рвотных масс. Кожные покровы бледные, цианотичные. Кожа влажная. Температура 35 С, артериальное давление – 86/40 мм.рт.ст., дыхание поверхностное, редкое (8-10 в мин.). Реакция зрачков на свет, сухожильные и кожные рефлексы отсутствуют. Отмечаются тонические судороги жевательных и затылочных мышц.

1. Определите синдромальный диагноз
2. Определите терапевтическую тактику

Задача 38

Больной П., 18 лет, с 13 лет курит марихуану, употребляет «дискоотечные наркотики». В 16 лет в драке получил тяжелую черепно-мозговую травму, после которой длительное время испытывал утомляемость и головные боли. Стал употреблять также водку и пиво. Однажды пришел домой в опьянении: испытывал страх, который сменялся экстатическим состоянием, заявлял, что может проникнуть «в суть всех вещей», что мысли «переполняют» его, испытывал устрашающие зрительные галлюцинации, окружающее видел «в ярком свете», высказывал суицидальные мысли. На следующий день указанные симптомы исчезли. Признался, что накануне принимал «какие-то таблетки».

1. Установите диагноз в соответствии с МКБ.
2. Каков характер употребления психоактивных веществ?
3. К какой группе (с юридической точки зрения) относятся используемые больным препараты, помимо алкоголя?
4. Какие расстройства восприятия были у больного?
5. Определите вероятную медикаментозную и психотерапевтическую тактику

Задача 39

Пациент психиатрического отделения, 46 лет, слесарь. В анамнезе имеются сведения о длительной и интенсивной алкоголизации.

Психический статус: находится на стационарном лечении около 4-х месяцев. Первые 2-3 недели был временами несколько тревожен и растерян; знал, что находится в больнице, не мог сказать в какой, не правильно назвал день, месяц, год. Не мог запомнить имя, отчество лечащего врача. В беседах иногда утверждал, что у него на банковском счете около 10 миллионов, что он собирается в кругосветное путешествие, чтобы привести себя в норму. При этом был эйфоричен и благодушен, старался обольстить “своими богатствами” женщин из числа медицинского персонала. Временами впадал в гневливость (особенно при недоверии к его высказываниям) и переставал отвечать на вопросы, однако уже через несколько минут забывал об этом. Постепенно запомнил имя и отчество лечащего врача, но постоянно путался в датах и не мог правильно оценить продолжительность своего пребывания в больнице. При расспросах иногда давал не соответствующую действительности информацию: то был на свадьбе, где все пили, пели и плясали, то собирается поступать на учебу в ВУЗ. Обстановкой отделения не тяготится, беспечен.

Соматический статус: Жалобы на плохой аппетит, отвращение к жирной пищи, урчание и вздутие живота, значительное похудание и выпадение волос на голове. При осмотре: среднего роста, пониженного питания (кахектичен), кожа сухая и шелушащаяся, сосудистые звездочки местами, язык красный (“лакированный”). Склеры глаз иктеричны. При пальпации обнаруживается увеличенная и болезненная печень.

Неврологический статус: лицо гипомимичное. Зрачки узкие, вяло реагируют на свет, отмечается горизонтальный крупноразмашистый нистагм. Сухожилия и рефлексы на нижних конечностях повышены с расширением рефлексогенных зон. Гипергидроз дистальных отделов конечностей. Грубо нарушено равновесие: шаткая и неуверенная походка. Тремор пальцев вытянутых рук падает в позе Ромберга.

1. Определите синдромальный диагноз
2. Определите нозологическую принадлежность и стадию болезни
3. Опишите нейрохимическую основу патогенеза состояния
4. Определите вероятную терапевтическую тактику

Задача 40

При интоксикации психоактивным веществом, вводимым интраназально, у пациента появляется выраженная двигательная активность, отсутствует чувство усталости. Препарат вводится регулярно в течение нескольких часов и даже дней. При увеличении дозы может возникнуть состояние, близкое к делирию, онейроиду, а также судорожные припадки. После прекращения приема, через несколько дней, появляется глубокая депрессия. Стимулирующая активность данного вещества настолько высока, что больной вынужден прибегать к комбинированному приему седативных препаратов, в том числе опиатов.

1. Какое психоактивное вещество предположительно употребляет больной?
2. Какой ведущий симптом обнаруживается в структуре абстиненции?
3. В чем главная опасность абстинентного состояния при употреблении этого психоактивного вещества?
4. К какому классу (клинически и юридически) относится это вещество?

Задача 41

Пациент психиатрического стационара, М.З., 42 лет, столяр. Употребляет алкоголь с 14 лет. Последние 20 лет опохмеляется. Год назад после завершения запоя услышал голос соседа из-за стены, который грозил ему убийством, ругал за пьянство, за вред, который он причиняет семье. Утром голос исчез. Эпизод не повторялся до последнего времени, когда после двухнедельного запоя работе, услышал голос брата. Брат окликнул его, затем стал звать на помощь, плакал, говорил, что на него напали, забрали все деньги. Больной побежал в милицию, где стал просить спасти брата, поймать нападавших. Сотрудники полиции вызвали специализированную психиатрическую бригаду. При врачебном осмотре: ориентирован, уверяет, что он здоров. Говорит, что слышит мужские и женские голоса, которые называют его пьяницей, развратником. Грозят смертной казнью. Другие голоса защищают его, приглашают выпить. Испытывает страх, боится, что с ним расправятся. После госпитализации и назначения терапии через день состояние больного стало улучшаться. Исчезли голоса, страх, появилась критика к своему состоянию. В то же время, обнаруживал внушаемость, легкость в оценках, хвастливость, склонность к неуместным шуткам. **Соматическое состояние** – без грубой патологии. **Неврологически** – тремор рук, повышенная рефлексорная возбудимость.

1. Определите синдромальный диагноз
2. Определите нозологическую принадлежность и стадию болезни
3. Определите вероятную медикаментозную и психотерапевтическую тактику
4. Как квалифицируется состояние больного, послужившее непосредственным поводом к госпитализации?

Задача 42

Пациент М.И., 42 лет, кинокритик. Обратился за консультацией знакомому психологу с жалобами на необычное состояние, которое сопровождало его в последние несколько дней, в течение которых, особенно вечерами, чувствовал себя крайне тревожно, никак не мог уснуть, непрерывно ходил по комнатам: казалось, что в доме кто – то есть. Открыв дверь в ванной, четко разглядел стоящего у двери человека с седой бородой в чалме и длинном восточном одеянии. Схватил его, но обнаружил, что держит банный халат. Отправился в спальню и у окна увидел того же восточного человека, бросился к нему, но понял, что это штора. Лег, но не мог уснуть. Заметил, что цветы на обоях в спальне стали выпуклыми, начали вырастать из стены и превращаться в ползущих к нему змей и насекомых необычного размера. В панике выбежал из комнаты, но потом «взял себя в руки», вернулся в спальню.

1. Определите синдромальный диагноз
2. Определите вероятную нозологическую принадлежность и стадию болезни
3. Определите вероятную медикаментозную и психотерапевтическую тактику

Задача 43

Больной С. К., 27 лет, употребляет героин на протяжении 5 лет в возрастающих дозах. В последнее время регулярно принимал по 1,5 грамма наркотика в сутки, но из-за сложившихся обстоятельств (отсутствие денег) прекратил прием наркотика. При поступлении в наркологический стационар предъявляет жалобы на резкие боли во всем теле, неприятные ощущения в сердце и желудке, тошноту и понос. Находится в состоянии двигательного беспокойства, на вопросы отвечает раздраженно, постоянно

просит дать ему какое-нибудь лекарство, чтобы облегчить состояние. Просит выпустить ненадолго, чтобы дойти до магазина и купить все необходимое (сигареты, еду). Упрекает персонал в бездушии и отсутствии гуманизма.

1. Определите синдромальный диагноз
2. Опишите нейрохимическую основу патогенеза синдрома отмены героина
3. Определите вероятную медикаментозную и психотерапевтическую тактику

Задача 44

Подросток М., 16 лет, ученик 9 класса, доставлен в стационар специализированной бригадой скорой помощи в связи с нарастающим состоянием тревоги и моторного возбуждения. В приемном покое не узнавал окружающих, не знал, где он находится, говорил об «инопланетянах», «монстрах», «киборгах», но более подробной и связной информации получить не удалось. При осмотре – зрачки узкие, походка неустойчивая, АД 90/60 мм.рт.ст., температура нормальная. Со стороны внутренних органов без особенностей. В стационаре после медикаментозной терапии спал на протяжении 12 часов. На следующий день психическое состояние изменилось. Ориентирован полностью, рассказал о пережитом накануне эпизоде: вечером, будучи в компании, употреблял вещество, после которого ему стало весело, хохотал, а затем почувствовал, что оказался «то ли на летающей тарелке, то ли в ракете и был в космосе, кругом будто было голубое небо и яркие звезды». Как привезли в больницу, не помнит. Утром больной контактен, поведение правильное. Критичен. Со слов матери в последние 2 года стал плохо учиться в школе, пропускал занятия, уходил из дома. Приобщился к асоциальной компании. Мать стала подозревать, что он, помимо курения обычных сигарет (курит с 12 лет), употребляет и другие какие-то вещества. Она замечала неустойчивую походку, «мутный взгляд», сонливость. В таком состоянии испытывал сильное чувство голода («опустошал холодильник»).

1. Какое вещество принимал больной?
2. Какие виды аффективных расстройств отмечались у больного?
3. Какие симптомы входят в состав наблюдаемых расстройств?
4. К какому типу (с клинической и юридической точки зрения) относится данное психоактивное вещество?
5. Определите вероятную медикаментозную и психотерапевтическую тактику

Задача 45

Пациент К. М., 46 лет, госпитализирован в психиатрический стационар через 4 дня после очередного запоя, когда со слов родственников, резко возросла тревога, появились отрывочные зрительные галлюцинации, которые держали больного в постоянном напряжении, моторное возбуждение. В стационаре состояние перманентно ухудшалось. Больной находился в пределах постели, речь стала бессвязной, перебирал руками одеяло. Через несколько дней перестал отвечать на вопросы, постоянно лежал, все рефлексы отсутствовали, кроме зрачкового. После проведения медикаментозного лечения в условиях палаты интенсивной терапии психотические явления постепенно редуцировались. После выхода из психоза обнаружилось резкое снижение памяти, нарушение речи, постоянные головные боли.

1. Определите синдромальный диагноз
2. Определите вероятную нозологическую принадлежность и стадию болезни
3. Определите вероятную терапевтическую тактику

Задача 46

Больной М.С., 23 лет, студент колледжа поступил в наркологический стационар после вынужденного прекращения приема вещества, вводимого внутривенно. В стационаре отмечаются насморк, слезо- и слюнотечение, чихание, мучительные, длительные болевые ощущения в костях и суставах. Абстиненция протекала крайне тяжело и проявлялась болью в желудке и крупных суставах, трудностью засыпания. Большей частью больной был возбужден, тревожен, неусидчив, отмечались приступы агрессии, подавленность, озноб и профузная потливость, мелкий тремор конечностей, судороги мышц, был зафиксирован однократный эпилептиформный припадок. Опыание, со слов больного проявлялось в виде седации, чувства радости, «блаженства», сопровождалось сонливостью.

1. Какое психоактивное вещество предположительно употребляет больной?
2. К какому классу (клинически и юридически) относится это вещество?
3. Опишите нейрхимическую основу патогенеза синдрома отмены
4. Определите вероятную медикаментозную и психотерапевтическую тактику

Задача 47

Пациент Б.Ю., 45 лет, бывший квалифицированный рабочий - фрезеровщик. На приеме у психиатра-нарколога по настоянию дочери. Длительное время злоупотребляет алкоголем. Последние 7 лет на работе не удерживается. Жена ушла жить в семью дочери. Пациент собирает бутылки и сдает их, на вырученные деньги покупает дешевое вино или суррогаты, которые употребляет небольшими порциями, быстро пьянеет и засыпает. Психический статус: внешний вид неряшливый. Сведения о себе сообщает с трудом. Говорит, что многое не помнит. Лечиться не хочет. Заявляет "все равно умирать скоро". Из анамнеза: в течении нескольких последних лет выпивал до 500-700 мл. водки почти ежедневно. На следующий день после выпивки был неспособен, так как поднималось АД, сильно болела голова, дрожали руки. Был переведен в подсобные рабочие, но вскоре совсем забросил работу. От лечения у наркологов отказывался. Соматический статус: Пастозность лица, нижних конечностей. Тоны сердца приглушены, акцент второго тона на верхушке. АД 170/100. В легких жесткое дыхание, рассеянные сухие хрипы (курит), живот слегка вздут. Область печени болезненна при пальпации, Край печени пальпируется на 2 см. ниже края реберной дуги. Неврологический статус: явления хронической алкогольной интоксикации нервной системы с начальными признаками полиневрита. Очаговой симптоматики нет.

1. Определите синдромальный диагноз
2. Определите вероятную нозологическую принадлежность и стадию болезни
3. Определите вероятную терапевтическую тактику

Задача 48

Пациент психиатрического стационара, В.З., 42 лет, токарь. Употребляет алкоголь с 14 лет. Последние 20 лет опохмеляется. На лечение поступил в состоянии алкогольного опьянения. На следующий день испытывал беспокойство, раздражительность, ощущения подергивания отдельных мышц лица и тела. Жаловался на расстройства в виде

сердцебиений, чувства тяжести в голове, светобоязни, ухудшения слуха, нарушения обоняния и вкуса. На четвертый день пребывания в стационаре внезапно потерял сознания, упал в коридоре лицом вперед, сломав при этом скуловую кость. Падение сопровождалось (со слов очевидцев) душераздирающим криком. Во время приступа зрачки не реагировали на свет, были расширены, дыхание остановилось, появилась синюшность (цианоз) кожных покровов, непроизвольное испускание мочи. Через 40 секунд отмечены клонические судороги. Появилось хриплое, kloкочущее дыхание, глаза закатились, цианоз постепенно исчез. Появилась кровавая пена на губах. Через 1-2 мин судороги ослабели и прекратились вовсе. Около 1,5 часов сознание больного в это время оставалось нарушенным, речь бессвязная, взгляд блуждающий. Затем наступил глубокий сон. Проснувшись, чувствовал себя разбитыми, ослабленным, неспособными к труду.

1. Определите синдромальный диагноз
2. Определите вероятную нозологическую принадлежность и стадию болезни
3. Определите вероятную медикаментозную тактику

Задача 49

Больной К.С. К., 23 года, бывший спортсмен (стрельба из лука) употреблял героин на протяжении последних 5 лет в возрастающих дозах. В последнее время ежедневно принимал по 1,0 грамму наркотика в сутки, но из-за сложившихся обстоятельств (отсутствие денег) прекратил наркотизацию, заперся дома (живет один), отключил телефоны. На вторые сутки со слов больного появились резкие боли во всем теле, неприятные ощущения в сердце и желудке, тошнота и понос. Сон практически отсутствовал. Находился в состоянии двигательного беспокойства, сутки напролет ходил из угла в угол, «не находил себе места». Тяжесть состояния оценивал серьезно: «думал сдохну», но за помощью не обращался, поскольку считал оправданным пережить «в полной мере наказание за собственную глупость». Никаких медикаментозных средств не принимал. Начиная с 4 дня, симптоматика постепенно редуцировалась. К 6 дню чувствовал себя «сносно», но на протяжении следующих недель (вплоть до момента обращения к наркологу) чувствовал подавленность, «пресность» и «обесцвеченность» жизни. Обратился за помощью к наркологу, т.к. боялся срыва и возобновления наркотизации.

1. Определите синдромальный диагноз
2. Оцените степень терапевтической мотивации пациента
3. Определите вероятную медикаментозную и психотерапевтическую тактику
4. Опишите нейрохимические и патофизиологические механизмы патогенеза состояния

Задача 50

Подросток Н., учащийся 9 класса общеобразовательной школы растет в семье, где отец и мать являются зависимыми от производных опиоидов и регулярно употребляют героин или метадон. В мировоззренческой модели подростка наркотикам отводится важное место, как неперменной составной части жизни продвинутого современного человека, в уличных драках он получил как минимум две серьезные черепно-мозговые травмы, после которых стал жаловаться на головные боли и снижение памяти; в референтной группе подростка 1 место отводится Бобу Марли; входит в состав дворовой команды, все члены которой употребляют те или иные наркотики; имели место эпизодические пробы наркотических веществ, которые произвели на подростка неизгладимое впечатление («меня зацепило»)

1. Опишите нейрохимические и физиологические механизмы состояния
2. Оцените шансы избежать системы наркопотребления
3. Определите возможные варианты вмешательства в судьбу подростка

Фонд тестовых заданий

1. Правильным определением социальной гигиены как науки является

П оле для выбора ответа	Варианты ответов	Пол е для отметки правильного ответа (+)
1	социальная гигиена - наука об общественном здоровье и здравоохранении	+
2	социальная гигиена - наука о социальных проблемах медицины и здравоохранения	
3	социальная гигиена - система мероприятий по охране здоровья населения	

2. Общественное здоровье характеризуют все перечисленные показатели, кроме

П оле для выбора ответа	Варианты ответов	Пол е для отметки правильного ответа (+)
1	трудовой активности населения	+
2	заболеваемости	
3	инвалидности	
4	демографических показателей	
5	физического развития населения	

3. Уровень общей смертности населения в нашей стране в 1994 г. находился в пределах

П оле для выбора ответа	Варианты ответов	Пол е для отметки правильного ответа (+)
1	от 5 до 10 промилле	+
2	от 11 до 15 промилле	
3	от 16 до 20 промилле	

4. Уровень младенческой смертности в нашей стране в 1994 г. находился в пределах

П оле для выбора ответа	Варианты ответов	Пол е для отметки правильного ответа (+)
1	от 10 до 15 промилле	+
2	от 16 до 20 промилле	
3	от 20 до 25 промилле	

4	свыше 25 промилле	
---	-------------------	--

5 По характеру повреждения головного мозга при черепно-мозговой травме выделяют

Варианты ответов

1 коммоцию	
2 контузию	
3 компрессию	
4 все перечисленное	+

6 При легкой степени тяжести черепно-мозговой травмы выявляется все перечисленное, кроме

Варианты ответов

1 первоначального отключения сознания длительностью несколько часов	+
2 скоропреходящей астении	
3 отсутствия последующего оглушения или наличия легкой обнубиляции	
4 ретроградной амнезии, распространяющейся только на момент травмы и ближайшие к ней периоды времени (часы)	
5 возможности отсутствия жалоб на плохое самочувствие или наличия отдельных общемозговых симптомов в остром периоде	

7 При средней степени тяжести черепно-мозговой травмы выявляется все перечисленное, кроме

Варианты ответов

1 первоначального отключения сознания длительностью от нескольких минут до нескольких часов	
2 последующей обнубиляции, сохраняющейся от 1-2 часов до 1-2 дней	
3 ретроградной амнезии, охватывающей события нескольких дней, возможности антероградной амнезии	
4 возможности возникновения в остром периоде только легкой астении	+
5 разнообразных церебрально-	

органических жалоб, снижения запоминания, трудности воспроизведения в остром периоде	
--	--

8 При тяжелой черепно-мозговой травме

Варианты ответов

1 наступает сопор или кома продолжительностью несколько суток	
2 постоянны мнестические нарушения (антероградная, ретроградная, фиксационная амнезия)	
3 в остром периоде возникают выраженные проявления психоорганического синдрома	
4 верно все перечисленное	+
5 неверно все перечисленное	

9 При закрытой черепно-мозговой травме

Варианты ответов

1 содержимое внутричерепной полости не испытывает воздействия внешней среды	
2 целостность мягких покровов обязательно сохранена	
3 целостность мягких покровов может быть нарушена, но рана не должна проникать глубже апоневроза	
4 содержимое внутричерепной полости может испытывать воздействия внешней среды	
5 верно а) и в)	+

10 При открытой черепно-мозговой травме имеет место все перечисленное, кроме

Варианты ответов

1 нарушения замкнутости внутричерепной полости	
2 сообщения внутричерепной полости с внешней средой	
3 отсутствия повреждения твердой мозговой оболочки и вещества мозга	+

4 повреждений мягких покровов, включая апоневроз	
5 повреждений костей черепа	

11 При черепно-мозговой травме выделяют все перечисленные этапы, кроме

Варианты ответов

1 острейшего	
2 острого	
3 подострого	+
4 реконвалесценции	
5 отдаленных последствий	

12 Для острого периода коммоции головного мозга характерно все перечисленное, кроме

Варианты ответов

1 головокружения	
2 тошноты, рвоты	
3 вазомоторно-вегетативных расстройств	
4 астении	
5 локальных неврологических симптомов (параличей, парезов, анестезий, гиперстезий)	+

13 Для острого периода контузии головного мозга характерны

Варианты ответов

1 локальные неврологические симптомы	
2 менингеальные симптомы	
3 корковые очаговые расстройства	
4 все перечисленные симптомы	
5 ни один из перечисленных симптомов	+

14 Посттравматическая астения

Варианты ответов

1 является постоянным симптомом перенесенной черепно-мозговой травмы	+
2 возникает только при коммоциях головного мозга	

3 возникает только при контузиях головного мозга	
4 является непосредственным симптомом	
перенесенной черепно-мозговой травмы	
5 возникает только при открытых черепно-мозговых травмах	

15 О тяжести посттравматической астении свидетельствует

Варианты ответов

1 выраженный адинамический компонент	+
2 возбудимость, гиперестезия	
3 поверхностный сон	
4 слабодушие	
5 обилие соматических жалоб	

16 Посттравматическая астения обычно сочетается

Варианты ответов

1 с головокружением, головной болью	
2 с тошнотой, рвотой	
3 с нистагмом, ослаблением конвергенции	
4 со всем перечисленным	+
5 ни с чем из перечисленного	

17 Сумеречным состоянием острого периода черепно-мозговой травмы свойственно

Варианты ответов

1 психомоторное возбуждение	
2 дезориентировка	
3 стереотипность движений	
4 все перечисленное	+
5 верно а) и в)	

18 Возможны следующие варианты сумеречных состояний острого периода черепно-мозговой травмы

Варианты ответов

1 с преобладанием инкогерентности (близкие к аментивным)	
2 с эпилептиформным возбуждением, галлюцинациями, бредом, брутальным аффектом	
3 с псевдодементно-пуэрильным поведением	
4 со всем перечисленным	+
5 верно а) и б)	

19 Возможны следующие варианты сумеречных состояний острого периода черепно-мозговой травмы

Варианты ответов

1 с внешне упорядоченными последовательными действиями	
2 с сонливостью и обездвиженностью	
3 "с легчайшими изменениями сознания", близкими по клинике к ориентированным сумеречным состояниям	
4 все перечисленные	+
5 верно а) и б)	

20 По выходе из сумеречного состояния острого периода черепно-мозговой травмы

Варианты ответов

1 всегда наблюдается амнезия периода сумерек	
2 возможно выздоровление	
3 возможен переход в Корсаковский синдром	
4 верно все перечисленное	+
5 ничего из перечисленного	

21 Делирий острого периода черепно-мозговой травмы характеризуется всем перечисленным, кроме

Варианты ответов

1 развития преимущественно у лиц, злоупотребляющих алкоголем	
2 частого возникновения после оглушения или конфабуляторной	

спутанности	
3 возможности возникновения остро, спустя недели после восстановления сознания под действием дополнительной вредности	
4 возникновения, как правило, в утреннее и дневное время	+
5 периодического прерывания люцидными промежутками	

22 Для делирия острого периода черепно-мозговой травмы свойственно

Варианты ответов

1 яркие зрительные галлюцинации	
2 аффект страха и тревоги	
3 фрагментарность воспоминаний в периоде психоза	
4 все перечисленное	+
5 верно а) и в)	

23 Для делирия острого периода черепно-мозговой травмы свойственно

Варианты ответов

1 преимущественно вербальные галлюцинации	
2 кататонические расстройства	
3 отсутствие воспоминания о периоде психоза	
4 все перечисленное	
5 ничего из перечисленного	+

24 Онейроидные состояния острого периода черепно-мозговой травмы характеризуются всем перечисленным, кроме

Варианты ответов

1 более редкого возникновения по сравнению с сумеречными состояниями и делирием	
2 возникновения в первые дни черепно-мозговой травмы	
3 постепенного выхода через период ложных узнаваний, отрывочных бредовых идей	+
4 возникновения на фоне легкой сонливости и обездвиженности и после-	

дующего критического обрыва	
-----------------------------	--

25 Онейроид острого периода черепно-мозговой травмы характеризуется всем перечисленным, кроме

Варианты ответов

1 сохраняющихся воспоминаний о психотических переживаниях	
2 переживаний фантастического характера, чередующихся с переживаниями обыденного содержания	
3 благодушно-эйфорического или экстатического аффекта	
4 наличия метаморфоз, расстройств схемы тела	
5 неоднократного повторного возникновения на протяжении острого периода черепно-мозговой травмы	+

26 Корсаковский синдром острого периода черепно-мозговой травмы характеризуется всем перечисленным, кроме

Варианты ответов

1 затяжного течения	
2 возникновения в основном после тяжелых черепно-мозговых травм	
3 возможности возникновения сразу после периода оглушения	
4 возможности возникновения после сумеречного или делириозного состояния	
5 большей стойкости после коммоций, чем после контузий	+

27 Корсаковский синдром острого периода черепно-мозговой травмы характеризуется

Варианты ответов

1 фиксационной амнезией	
2 антероградной амнезией	
3 ретроградной амнезией	
4 всем перечисленным	+
5 верно б) и в)	

28 Корсаковский синдром острого периода черепно-мозговой травмы характеризуется всем перечисленным, кроме

Варианты ответов

1 дезориентировки во времени	
2 неполной ориентировки в месте	
3 возникновения конфабуляций и псевдореминесценций	
4 постоянно помраченного сознания	+
5 лабильности аффекта	

29 Конфабуляции при Корсаковском синдроме острого периода черепно-мозговой травмы

Варианты ответов

1 выражены слабее, чем при алкогольном Корсаковском психозе	
2 могут иметь ипохондрическое содержание	
3 могут иметь экспансивное содержание	
4 верно все перечисленное	+
5 ничего из перечисленного	

30 Аффективные расстройства в остром периоде черепно-мозговой травмы характеризуются

Варианты ответов

1 редкостью возникновения	
2 острым развитием дисфорий, депрессий, маний	
3 симптомами "рауша"	
4 ничем из перечисленного	
5 всем перечисленным	+

31 Маниакальные состояния острого периода черепно-мозговой травмы характеризуются всем перечисленным, кроме

Варианты ответов

1 эйфорического оттенка настроения	
2 двигательного возбуждения	
3 мориоподобных расстройств	
4 нестойких экспансивных идей величия	
5 высокой продуктивности	+

32 В маниакальных состояниях острого периода черепно-мозговой травмы возможно возникновение

Варианты ответов

1 симптомов "рауша"	
2 конфабуляций экспансивного характера	
3 вялости, аспонтанности	
4 всего перечисленного	+
5 ничего из перечисленного	

33 Депрессивные состояния острого периода черепно-мозговой травмы характеризуются всем перечисленным, кроме

Варианты ответов

1 обязательного возникновения витальной тоски	+
2 заторможенности	
3 тревоги, страха	
4 дисфорической окраски аффекта	
5 возникновения у части больных конфабуляций	

34 Пароксизмальные состояния острого периода черепно-мозговой травмы могут быть представлены

Варианты ответов

1 ауроподобными состояниями	
2 пролонгированными абсансами	
3 особыми состояниями со сменой чувств страха и счастья	
4 всем перечисленным	+
5 верно только а) и в)	

35 Симптомами внутричерепного кровоизлияния при черепно-мозговой травме являются все перечисленные, кроме

Варианты ответов

1 возникновения головной боли после "светлого" промежутка, следующего за черепно-мозговой травмой	
2 рвоты	
3 гиперемии лица	

4 "гусиной"кожи	
5 возникновения возбуждения	+

36 При внутричерепном кровоизлиянии после черепно-мозговой травмы наблюдается все перечисленное, кроме

Варианты ответов

1 артериальной гипертензии	+
2 ликворной гипертензии	
3 тахикардии	
4 крови в ликворе	
5 застойных явлений на глазном дне	

37 При внутричерепном кровоизлиянии после черепно-мозговой травмы возможно возникновение

Варианты ответов

1 припадков джексоновского типа	
2 параличей, парезов, афазии	
3 менингеальных симптомов	
4 всего перечисленного	+
5 ничего из перечисленного	

38 На стороне внутричерепного кровоизлияния после черепно-мозговой травмы обычно выявляется все перечисленное, кроме

Варианты ответов

1 птоза	
2 энофтальма	+
3 расходящегося косоглазия	
4 расширения зрачков	
5 исчезновения реакции зрачка на свет	

39 Жировая эмболия после черепно-мозговой травмы может быть диагностирована по всем перечисленным признакам, кроме

Варианты ответов

1 застойных явлений на глазном дне	
2 кожных петехий над ключицей и в области затылка	
3 присутствия жира в ликворе	

4 повышения содержания гемоглобина в крови	+
5 возникновения бронхопневмонии	

40 При открытой черепно-мозговой травме с повреждением вещества мозга в начальном периоде

Варианты ответов

1 развивается состояние сопора	
2 возможна смерть в ближайшие часы или 1-2 дня при наличии признаков повреждения мозгового ствола	
3 при ослаблении оглушенности могут возникать состояния хаотического возбуждения	
4 верно все перечисленное	+
5 верно а) и в)	

41 При завершении начального периода открытой черепно-мозговой травмы

Варианты ответов

1 очаговые неврологические симптомы преобладают над психическими, возможны менингеальные расстройства	+
2 психические симптомы преобладают над очаговыми неврологическими	
3 менингеальные расстройства никогда не наблюдаются	
4 астения выражена нерезко	

42 В остром периоде открытой черепно-мозговой травмы может наблюдаться

Варианты ответов

1 сумеречное помрачение сознания	
2 Корсаковский синдром	
3 мориоподобные состояния	
4 все перечисленное	+
5 ничего из перечисленного	

43 В остром периоде открытой черепно-мозговой травмы может наблюдаться

Варианты ответов

1 псевдопаралитические состояния	
2 эпилептиформные припадки	
3 гнойные менингиты и менингоэнцефалиты	

4 все перечисленное	+
5 верно б) и в)	

44 При баротравме головного мозга

Варианты ответов

1 утрата сознания происходит до того, как пораженный услышал взрыв	
2 до падения ощущается удар упругим телом в области затылка	
3 бессознательное состояние, развивающееся в начальном периоде, обычно кратковременно	
4 верно все перечисленное	+
5 верно а) и б)	

45 В начальном периоде баротравмы головного мозга у больных отмечается

Варианты ответов

1 утрата сознания	
2 пониженный тонус мускулатуры	
3 кровотечение из носа, ушей, горла	
4 все перечисленное	+
5 ничего из перечисленного	

46 В легких случаях баротравмы головного мозга психические расстройства острого периода проявляются

Варианты ответов

1 неглубокой астенией	
2 вегетативно-вестибуляторными расстройствами	
3 проявлениями сурдомутизма в виде затруднения произнесения слов	
4 всем перечисленным	+
5 верно б) и в)	

47 В тяжелых случаях баротравмы головного мозга психические расстройства острого периода характеризуются всем перечисленным, кроме

Варианты ответов

1 ухудшения состояния в дневное время и, особенно, утреннее время	+
---	---

2 адинамической астении	
3 мучительного физического и психического дискомфорта, раздражительности, дисфории	
4 гиперестезии	
5 выраженных вегетативных и вестибулярных расстройств	

48 В тяжелых случаях баротравмы головного мозга психические расстройства острого периода проявляются всем перечисленным, кроме

Варианты ответов

1 проявлений синдрома психического автоматизма	+
2 образного ментизма перед засыпанием	
3 бессонницы	
4 сновидения с устрашающей тематикой	
5 сурдомутизма	

49 При редукции проявлений острого периода баротравмы головного мозга имеет место все перечисленное, кроме

Варианты ответов

1 восстановления слуха после восстановления речи	+
2 постепенного восстановления слуха	
3 обычно внезапного восстановления речи	
4 возможной смены мутизма заиканием или афонией	
5 восстановления речи после тех или иных сильных эмоциональных воздействий	

50 Аффективным расстройствам в период редукции симптомов острого периода баротравмы головного мозга у лиц моложе 30 лет свойственно все перечисленное, кроме

Варианты ответов

1 повышенного настроения с беспечностью	
2 расторможенности влечений	
3 депрессии с апатией и вялостью	+
4 импульсивных поступков	
5 дисфорических проявлений	

51 Для аффективных расстройств в период редукции острого периода баротравмы головного мозга у лиц зрелого возраста характерно все перечисленное, кроме

Варианты ответов

1 депрессивного аффекта	
2 раздражительности до злобности	
3 гиперстезии	
4 апатии	
5 эйфорически-благодушного фона настроения	+

52 Пароксизмальные расстройства у лиц, перенесших баротравму головного мозга, характеризуются всем перечисленным, кроме

Варианты ответов

1 возникновения на фоне вспышки раздражения	
2 судорожных припадков	+
3 закатывания глаз	
4 двигательных (несудорожных) припадков	
5 наличия астении в постприпадочном периоде	

53 Сумеречные состояния при баротравме головного мозга характеризуются

Варианты ответов

1 резким двигательным возбуждением	
2 брутальными поступками	
3 выраженными вазовегетативными расстройствами	
4 всем перечисленным	+
5 ничем из перечисленного	

54 Отдаленные последствия черепно-мозговой травмы зависят

Варианты ответов

1 от локализации травмы	
2 от тяжести травмы	
3 от возраста пострадавшего и его преморбидных особенностей	

4 от эффективности терапии	
5 от всего перечисленного	+

55 Травматическая астения проявляется всем перечисленным, кроме

Варианты ответов

1 реакции недовольства	
2 безразличия к своему состоянию	+
3 повышенной психической и физической утомляемости	
4 нерешительности, неверия в свои силы	
5 обидчивости	

56 Травматическая болезнь с астенией характеризуется всем перечисленным, кроме

Варианты ответов

1 отсутствия стойких нарушений сна	+
2 гиперстезии	
3 вазовегетативных расстройств	
4 церебрально-органических расстройств	
5 вестибулярных расстройств	

57 Ухудшение состояния больных с травматической астенией может быть обусловлено всем перечисленным, кроме

Варианты ответов

1 переутомления	
2 перепадов барометрического давления при изменении погоды	
3 неправильного питания	+
4 интеркуррентных заболеваний	
5 психических травм	

58 Травматической болезни с апатией свойственно все перечисленное, кроме

Варианты ответов

1 повышенной истощаемости с вялостью	
2 снижения побуждений, ограничения интересов	
3 развития после окончания острого периода и	

сохранения постоянно в дальнейшем 4 возможности перехода в более легкую астению	
5 более легкого характера расстройства по сравнению с астенией и раздражительностью	+

59 Травматическая болезнь с эйфорией характеризуется всем перечисленным, кроме

Варианты ответов

1 частого развития после тяжелых черепно-мозговых травм	
2 частого развития дисмнестических расстройств	
3 развития корковых очаговых симптомов	
4 полной критики к своему состоянию	+
5 расторможенности низких влечений	

60 Травматическая болезнь с эпилептиформными пароксизмами характеризуется

Варианты ответов

1 возникновением только бессудорожных пароксизмов	
2 возможностью сочетания судорожных и бессудорожных пароксизмов	
3 возможностью развития дисфорических состояний	
4 невозможностью развития изменений личности по эпилептоидному типу	
5 верно б) и в)	+

61 Состояния помраченного сознания при травматической болезни возникают

Варианты ответов

1 чаще, когда преобладают судорожные пароксизмы	
2 чаще непосредственно после припадка	
3 внезапно, остро	
4 после дополнительных соматических вредностей вне связи с пароксизмами	
5 верно всё.	+

62 Дисфорические состояния при травматической болезни характеризуются

Варианты ответов

1 тоскливо-злобным аффектом	
2 сенестопатиями без определенной локализации	
3 гиперстезией	
4 всем перечисленным	+
5 верно а) и в)	

63 По мере течения травматической болезни с epileptiformными расстройствами возможна следующая динамика (при преобладании больших судорожных припадков)

Варианты ответов

1 пароксизмы становятся более полиморфными	
2 отмечается появление в структуре личности epileptических черт	
3 изменения личности определяются преимущественно психопатоподобными нарушениями с явлениями циркулярности	
4 не отмечаются сумеречные состояния вне связи с припадками	
5 верно а) и б)	+

64 По мере течения травматической болезни с epileptiformными расстройствами возможна следующая динамика (при преобладании бессудорожных пароксизмов)

Варианты ответов

1 пароксизмы становятся более полиморфными	
2 отмечается появление в структуре личности epileptических черт	
3 пароксизмы склонны к упрощению, а изменения личности определяются преимущественно психопатоподобными нарушениями с явлениями циркулярности	+
4 отмечаются сумеречные состояния вне связи с припадками	

65 К эндоформным психозам при травматической болезни относятся

Варианты ответов

1 аффективные психозы	
2 галлюцинаторно-бредовые психозы	
3 паранойяльные психозы	
4 все перечисленные	+

5 ни один из перечисленных	
----------------------------	--

66 Аффективные психозы при травматической болезни

Варианты ответов

1 представлены чаще маниями	
2 представлены чаще депрессиями, обычно однократными	
3 обычно возникают неоднократно с определенной периодичностью	
4 всегда протекают монополярно	
5 верно а) и в)	+

67 Аффективные психозы при травматической болезни

Варианты ответов

1 чаще развиваются спустя 10-20 лет после травмы	
2 чаще возникают у лиц зрелого возраста	
3 чаще возникают вслед за психогениями и соматогениями	
4 верно все перечисленное	+
5 неверно все перечисленное	

68 При аффективных психозах травматической болезни

Варианты ответов

1 первые приступы обычно наиболее тяжелые и сопровождаются обычно помрачением сознания	+
2 первые приступы наиболее легкие	
3 при маниях и биполярных психозах помрачение сознания может наблюдаться только в первых приступах	
4 при монополярных депрессивных психозах помрачение сознания часто наблюдается и в последующих, после первого, приступах	
5 верно все перечисленное	

69 Депрессии при травматической болезни

Варианты ответов

1 чаще развиваются постепенно, сопровождаясь дисфорией и слезливостью	+
2 чаще развиваются остро	

3 никогда не сопровождаются сверхценными и бредовыми ипохондрическими расстройствами	
4) обязательно сопровождаются отчетливым органическим снижением вплоть до развития дисмнестического слабоумия с псевдопаралитическими симптомами	

70 Мании при травматической болезни

Варианты ответов

1 чаще развиваются постепенно	
2 чаще развиваются остро и характеризуются лабильностью клинических проявлений	+
3 у молодых больных часто усложняются присоединением бредовых конфабуляций и идей величия	
4 сопровождаются незначительным органическим снижением	

71 Галлюцинаторно-бредовые психозы при травматической болезни

Варианты ответов

1 чаще возникают после черепно-мозговой травмы средней тяжести и тяжелых	
2 чаще возникают после легкой черепно-мозговой травмы	
3 возникают у больных без заметного органического снижения	
4 обычно развиваются вслед за соматическим неблагополучием	
5 верно а) и г)	+

72 Психические автоматизмы при галлюцинаторно-бредовых психозах травматической болезни обычно проявляются

Варианты ответов

1 слуховыми псевдогаллюцинациями	
2 симптомом открытости	
3 образным ментизмом	
4 всем перечисленным	+
5 ничем из перечисленного	

73 Для галлюцинаторно-бредовых психозов травматической болезни характерно все перечисленное, исключая

Варианты ответов

1 вербальный галлюциноз	
-------------------------	--

2 вербальные иллюзии	
3 растерянность	
4 гиперметаморфоз	
5 кинестетический вариант синдрома Кандинского	+

74 Организация помощи в остром периоде черепно-мозговой травмы включает

Варианты ответов

1 обязательную госпитализацию на срок не менее двух недель	
2 направление больных с проникающими ранениями черепа в нейрохирургические отделения	
3 проведение срочного ЭЭГ-исследования	
4 все перечисленное	+
5 верно а) и в)	

75 Больным с коммациями и контузиями головного мозга рекомендуется назначение в начальном периоде (при явлениях повышения внутричерепного давления)

Варианты ответов

1 дегидратационной терапии (сульфат магния внутримышечно, лазикс внутримышечно)	
2 спинномозговой пункции	
3 маннитола, мочевины - при признаках отека мозга	
4 всего перечисленного	+
5 ничего из перечисленного	

76 Психомоторное возбуждение и сумеречные состояния в остром периоде купируются применением

Варианты ответов

1 диазепама	+
2 амитриптилина	
3 лития карбоната	
4 пипортила	
5 всего перечисленного	

77 При галлюцинаторно-параноидных психозах острого периода черепно-мозговой травмы используют для лечения все перечисленное, кроме

Варианты ответов

1 галоперидола	
2 аминазина	
3 трифтазина	
4 пропазина	
5 грандоксина	+

78 В период реконвалесценции черепно-мозговой травмы для лечения используется все перечисленное, кроме

Варианты ответов

1 транквилизаторов	
2 неулептила	
3 сиднокарба	
4 трифтазина	+
5 ноотропила	

79 После выписки из стационара больные с черепно-мозговой травмой

Варианты ответов

1 должны оставаться под наблюдением невропатолога 6-12 месяцев и дольше	
2 после перенесенного психоза должны наблюдаться у психиатра	
3 должны избегать психического и физического перенапряжения	
4 верно все перечисленное	+
5 неверно все перечисленное	

80 Лечение астенических и психопатоподобных расстройств отдаленного периода черепно-мозговой травмы включает

Варианты ответов

1 профилактический отдых	
2 общеукрепляющую терапию	
3 дегидратационную терапию	
4 все перечисленное	+
5 верно а) и в)	

81 Для лечения астенических расстройств отдаленного периода черепно-мозговой травмы применяется (при преобладании возбудимости) все перечисленное, кроме

Варианты ответов

1 транквилизаторов	
2 барбитуратов	+
3 аминазина	
4 неулептила	
5 хлорпротиксена	

82 Для лечения астенических и психопатоподобных расстройств отдаленного периода черепно-мозговой травмы с преобладанием вялости, апатии, истощаемости применяется все перечисленное, кроме

Варианты ответов

1 центедрина	
2 сиднокарба	
3 настойки женьшеня, лимонника	
4 стрихнина	
5 пропазина	+

83 Реабилитационные мероприятия после завершения острого периода черепно-мозговой травмы включают

Варианты ответов

1 стимуляцию социальной активности больных	
2 трудовую переориентацию (временную или длительную)	
3 семейную психотерапию	
4 все перечисленное	+
5 ничего из перечисленного	

84 При сотрясении головного мозга легкой степени продолжительность временной нетрудоспособности составляет не менее

Варианты ответов

1. 1 недели	
2. 2 недель	
3. 1 месяца	+
4. 1.5-2 месяцев	
5. 3-4 месяцев	

85 При сотрясении головного мозга средней степени продолжительность временной нетрудоспособности составляет не менее

Варианты ответов

1. 1 недели	
2. 2 недель	
3. 1 месяца	
4. 1.5-2 месяцев	+
5. 3-4 месяцев	

86 При сотрясении головного мозга тяжелой степени продолжительность временной нетрудоспособности составляет не менее

Варианты ответов

1. 1 недели	
2. 2 недель	
3. 1 месяца	
4. 1.5-2 месяцев	
5. 3-4 месяцев	+

87 При ушибе головного мозга продолжительность временной нетрудоспособности составляет не менее

Варианты ответов

1. 4 месяцев	+
2. 4-5 месяцев.	
3. 6 месяцев	
4. 6-8 месяцев	
5. 1 года	

88 Трудоспособность больных в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы ограничена

Варианты ответов

1 при стойкой астении	
2 при синдромах психопатизации без снижения интеллекта	
3 благоприятно протекающей травматической эпилепсией	
4 всем перечисленным	+
5 ничем из перечисленного	

89 Больных с отдаленными последствиями черепно-мозговой травмы следует признать нетрудоспособными

Варианты ответов

1 в случаях нарастания тяжести психических нарушений	
2 при формировании выраженных изменений личности по органическому типу	
3 при учащении и утяжелении пароксизмальных расстройств	
4 во всех перечисленных случаях	+
5 ни в одном из перечисленных случаев	

90 К группе невменяемых относятся больные, перенесшие черепно-мозговую травму

Варианты ответов

1 с психопатоподобным синдромом	
2 с редкими эпилептиформными проявлениями	
3 с легкими церебрастеническими и психоорганическими нарушениями	
4 верно все перечисленное	
5 неверно все перечисленное	+

91 К группе вменяемых относятся больные, перенесшие черепно-мозговую травму

Варианты ответов

1 с выраженным слабоумием	
2 с травматическими психозами	
3 с тяжелыми дисфориями	
4 верно все перечисленное	
5 неверно все перечисленное	+

92 Понятие "первичное патологическое влечение к алкоголю" соответствует утверждению

Варианты ответов

1 активное стремление больных алкоголизмом к употреблению алкоголя вне интоксикации	+
2 неспособность больного прекратить употребление спиртных напитков в пределах алкогольного эксцесса, независимо от изначально выпитой дозы и ситуации	
3 неодолимое стремление больных продолжить выпивку после определенной дозы	
4 стремление к употреблению алкоголя на фоне психических расстройств после абзуса	

93 Наиболее общие свойства патологического влечения к алкоголю включают все перечисленное, кроме

Варианты ответов

1 изменения суждений больного	
2 направленности интересов, приобретающих мировоззренческий характер	
3 доминирующего характера поведения	
4 формирования жизненных позиций под влиянием влечения	
5 сохранения критики к своему состоянию и окружающему	+

94 Наиболее характерными сомато-вегетативными признаками, свидетельствующими об актуализации патологического влечения к алкоголю, являются все перечисленные, кроме

Варианты ответов

1 ощущения общего недомогание, слабости	
2 изменения аппетита	
3 ощущения жажды	
4 потливости	
5 уменьшения частоты курения	+

95 Для симптома ситуационно-обусловленного первичного влечения к алкоголю характерно все перечисленное, кроме

Варианты ответов

1 появления на начальных стадиях заболевания	
2 связи с ситуациями (различные семейные события, ситуации, имеющие отношения к профессиональной деятельности)	
3 оживленности, подъема настроения перед употреблением алкоголя	
4 невозможности предотвратить эксцесс с помощью социально-этических норм	+

96 Для симптома спонтанно-возникающего первичного патологического влечения с борьбой мотивов характерно все перечисленное, кроме

Варианты ответов

1 влечения, которое осознается больным со всей определенностью	
2 появления на этапе I-II, II ст. заболевания	
3 попыток больного бороться с желанием выпить	
4 постоянного присутствия в структуре влечения сенестопатических расстройств (чувство вкуса водки, жжение в области желудка)	+

97 Для актуализации симптома спонтанно возникающего первичного влечения без борьбы мотивов характерно все перечисленное, кроме

Варианты ответов

1 появления уверенности в возможности "нормальной выпивки"	+
2 оживления в ответ на алкогольные раздражители	
3 поиска ситуаций, связанных с употреблением алкоголя	
4 изменения аппетита	
5 ощущения внутренней физической тяжести	

98 Симптому первичного патологического влечения к алкоголю с характером неодолимости предшествуют все перечисленные признаки, исключая

Варианты ответов

1 отчетливое желание выпить	
2 ощущение вкуса спиртного во рту, посасывания в желудке	
3 злобность, агрессивность больного при появлении препятствий к приему алкоголя	
4 тревогу, ожидание беды, неприятностей	+

99 Для симптома первичного патологического влечения к алкоголю, возникающего на фоне "пограничных состояний", характерно все перечисленное, кроме

Варианты ответов

1 связи с аффективными, чаще депрессивными состояниями	
2 снятия приемом алкоголя душевного дискомфорта	
3 резкого ухудшения психического состояния с	

вытрезвлением	
4 отчетливого желания выпить	+

100 Симптомом патологического влечения к алкоголю в состоянии опьянения (так называемое "вторичное влечение") характеризуется следующее опьянение

Варианты ответов

1 неспособность больного алкоголизмом ограничиться количеством спиртных напитков	
2 активное стремление к употреблению алкоголя вне алкогольного экстаза (например, в ремиссии)	+
3 возможность прекратить употребление алкоголя в связи с различными препятствиями	
4 способность прекратить употребление алкоголя в пределах алкогольного экстаза после приема "критической" дозы	

9. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины:

а) основная литература:

Наркология: национальное руководство / ред. Н. Н. Иванец, И. П. Анохина, М. А. Винникова. - М. : ГЭОТАР-МЕД, 2008. - 720 с.

Наркология [Электронный ресурс] / под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438886.html>

Наркология : руководство / П. Д. Шабанов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-МЕД, 2012. - 832 с.

Наркология [Электронный ресурс] : руководство / Шабанов П.Д. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - (Серия "Библиотека врача-специалиста"). - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431870.html>

Психиатрическая пропедевтика: Практическое руководство / В. Д. Менделевич. - 5-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 569 с.

Дополнительная литература:

Обследование пациента психиатрического профиля: учебное пособие / М. А. Соляник, А. В. Кидяева, Е. В. Снедков. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2014. — 32 с.

Наркология. Общие вопросы и патогенез химических зависимостей / А. И. Головкин ; ред. А. Г. Софронов. - СПб. : Артиком, 2008. - 488 с.

Подростковая наркология : Руководство для врачей / И. Н. Пятницкая, Н. Г. Найденова. - М. : Медицинское информационное агентство, 2008. - 256 с.

Психопатологические синдромы: учебно-методическое пособие / Е. В. Снедков, М. А. Соляник, Ю. И. Поляков.— СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2016. — 56 с.

Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства: учебное пособие / С.М. Бабин, П.О. Бомов, А.В. Васильева [и др.]. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2015. — 44 с

Органические и экзогенно-органические психические расстройства: учебно-методическое пособие / П. Ю. Мучник, О. В. За- дорожная. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2016. — 52 с

Неотложные состояния в психиатрии: учебно-методическое пособие / А. Г. Софронов, В. Э. Пашковский, А. Е. Добровольская, Е. Ю. Тявокина, А. Ю. Егоров, В. В. Шепелевич, В. А. Некрасов. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2015. — 72 с.

Шизофрения, отягощенная аддиктивными расстройствами : учебное пособие / А.Е. Добровольская, А.Г. Софронов, В.Э. Пашковский, Е.Ю. Тявокина ; Каф. психиатрии и наркологии СЗГМУ им. И.И.Мечникова, Отдел неотложной психиатрии, наркологии и психореабилитации НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе. - СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2015. - 48 с.

Общая психопатология: сборник тестовых заданий и ситуационных задач / под ред. проф. Е. В. Снедкова. — СПб.: Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2013. — 168 с.

Частная психиатрия: сборник тестовых заданий и ситуационных задач / под ред. проф. Е. В. Снедкова. — СПб.: Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2013. — 296 с.

Электронные ресурсы:

<http://szgmu-psychiatry.ru/> - сайт кафедры психиатрии и наркологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова

<http://psychiatr.ru/> - сайт Российского общества психиатров

http://www.studmedlib.ru/ru/kits/mb4/studmedlib_core/ed_med_hi-esf2k2z11-select-0072.html Электронная библиотека медицинского вуза, раздел «Психиатрия, наркология»

Электронные версии в системе дистанционного обучения MOODLE

Обследование пациента психиатрического профиля: учебное пособие / М. А. Соляник, А. В. Кидяева, Е. В. Снедков. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2014. — 32 с.

Психопатологические синдромы: учебно-методическое пособие / Е. В. Снедков, М. А. Соляник, Ю. И. Поляков.— СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2016. — 56 с.

Органические и экзогенно-органические психические расстройства: учебно-методическое пособие / П. Ю. Мучник, О. В. Задорожная. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2016. — 52 с

Неотложные состояния в психиатрии: учебно-методическое пособие / А. Г. Софронов, В. Э. Пашковский, А. Е. Добровольская, Е. Ю. Тявокина, А. Ю. Егоров, В. В. Шепелевич, В. А. Некрасов. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2015. — 72 с.

Общая психопатология: сборник тестовых заданий и ситуационных задач / под ред. проф. Е. В. Снедкова. — СПб.: Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2013. — 168 с.

10. Материально-техническое обеспечение дисциплины:

Код специальности, направления подготовки	Наименование специальности, направления подготовки	Наименование дисциплины (модуля), практик в соответствии с учебным планом	Наименование специальных помещений и помещений для самостоятельной работы	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы	Приспособленность помещений для использования инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья
31.08.21	Психиатрия-наркология	Психиатрия-наркология	Учебная комната (№ 1 по ПИБ) <i>Фермское шоссе, дом 36</i> - для проведения занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля Учебная комната № 3 5-я линия ВО, дом 58-60	Доска, парты, стулья, стол преподавателя, мультимедиа проектор, ноутбук.	<i>нет</i>

11. Методические рекомендации по прохождению практики

Ординаторы в период прохождения практики обязаны подчиняться правилам внутреннего распорядка Университета, органов и учреждений Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по субъекту РФ.

Практика начинается с беседы с руководителем практики, который знакомит ординаторов с целями и задачами практики.

При прохождении практики ординаторы должны освоить методики:

1. обследования больных с зависимостями:

- знание основ психодиагностики;

- владение современными высоковалидными шкалами оценки психического состояния;

2. лечения и реабилитации наркологических больных

По окончанию практики ординатор должен получить зачет. О форме проведения зачета см. выше.

В случае не прохождения практики в установленные учебным планом сроки по уважительной причине, ординатор должен пройти практику в течение последующего периода обучения.



Министерство здравоохранения Российской Федерации

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования**

**"Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова"
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

(ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)

экз. № _____

«УТВЕРЖДАЮ»

И.о. проректора по учебной работе, науке и
инновационной деятельности

_____/ А.В. Силин/
«31» августа 2017

ПРОГРАММА ПРАКТИКИ

<i>Направление подготовки (код, название)</i>	31.08.21 психиатрия-наркология
<i>Форма обучения</i>	очная

<i>Вид практики</i>	Производственная (клиническая)
<i>Тип практики</i>	Вариативная
<i>Способ проведения практики</i>	Стационарная, выездная
<i>Объем практики (в зач.единицах)</i>	3
<i>Продолжительность производственной практики (в акад. часах)</i>	216

Санкт-Петербург – 2017

Программа практики составлена на основании Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.21 «Психиатрия-наркология», утвержденного ФГОС ВО от «25» августа 2014 г. № 1063 и Положения о практике обучающихся, осваивающих основные профессиональные образовательные программы высшего образования, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 27 ноября 2015 г. № 1383

Составители программы практики: Софронов Александр Генрихович, зав. кафедрой психиатрии и наркологии, д.м.н., Савельев Андрей Павлович, доцент кафедры психиатрии и наркологии, к.м.н.

Рецензент: Н. Н. Петрова, д.м.н., проф. зав.кафедрой психиатрии СПбГУ
(Ф.И.О., должность, степень)

Программа практики обсуждена на заседании кафедры психиатрии и наркологии

«03» августа 2017г. протокол № 8

СОДЕРЖАНИЕ

<u>1. Цели практики</u>	4
<u>2. Задачи практики</u>	4
<u>3. Место практики в структуре основной профессиональной образовательной программы</u> ..	4
<u>4. Формы проведения практики</u>	4
<u>5. Время и место проведения практики</u>	4
<u>6. Планируемые результаты обучения при прохождении практики</u>	5
<u>7. Структура и содержание практики</u>	7
<u>8. Формы отчетности и аттестации по практике</u>	8
<u>9. Фонд оценочных средств</u>	8
<u>9.1. Критерии оценки</u>	8
<u>9.2. Оценочные средства</u>	7
<u>10. Учебно-методическое и информационное обеспечение</u>	92
<u>11. Материально-техническое обеспечение</u>	94
<u>12. Методические рекомендации по прохождению практики</u>	94

1. Цели практики

Закрепление теоретических знаний по психиатрии, развитие практических умений и навыков, полученных в процессе обучения в ординатуре, формирование профессиональных компетенций врача – психиатра-нарколога, приобретение опыта в решении реальных профессиональных задач.

2. Задачи практики

Изучить организацию лечебно-диагностического процесса и проведения профилактических мероприятий при оказании специализированной помощи в наркологическом стационаре и диспансере. Научиться проводить обследование больного с зависимостями (сбор анамнеза, осмотр, интервью). Научиться оценивать дифференциально-диагностическую значимость симптомов и синдромов, характерных для психических расстройств в результате употребления ПАВ. Научиться формулировать диагноз в соответствии с требованиями МКБ-10. Научиться осуществлять лечение больных с зависимостями и их последующую реабилитацию с учетом нозологической формы, тяжести болезни и сопутствующих патологических состояний. Научиться проводить диагностику и лечение сопутствующих заболеваний, относящихся к смежным дисциплинам, с привлечением при необходимости для консультации соответствующих специалистов. Научиться определять показания и противопоказания к проведению рациональной психофармакотерапии. Научиться осуществлять раннюю диагностику распространенных психических расстройств в результате употребления ПАВ по клиническим синдромам, дифференциальную диагностику

3. Место практики в структуре основной профессиональной образовательной программы

Практика относится к базовой части Блока 2 «Практики» Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (ФГСО ВО) по специальности 31.08.21 «Психиатрия-наркология»

4. Формы проведения практики

Практика проводится дискретно – путем чередования в календарном учебном графике периодов учебного времени для проведения практик с периодами учебного времени для проведения теоретических занятий.

5. Время и место проведения практики

В соответствии с учебным планом практика проводится на 1-2 курсах СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница №3 им. И.И. Скворцова-Степанова», СПб ГБУЗ «Городская наркологическая больница», НИИ Скорой помощи им. Джанелидзе.

6. Планируемые результаты обучения при прохождении практики

Практика направлена на формирование у обучающихся следующих компетенций (в соответствии с ФГОС ВО)

№ п/п	Компетенции		Результаты практики		
	Код	Содержание	Знать	Уметь	Владеть
1	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	принципы и методы проведения санитарно-просветительской работы среди населения по профилактике ряда заболеваний и пропаганде здорового образа жизни основы и принципы организации рационального питания различных возрастных и профессиональных групп; физиологическую роль физической культуры в профилактике	осуществлять профилактические мероприятия по повышению сопротивляемости организма к неблагоприятным факторам внешней среды, используя методы здорового питания, физической культуры, закаливания, пропагандирования здорового образа жизни	принципами проведения санитарно-просветительской работы по пропаганде здорового образа жизни и отказа от вредных привычек
2	ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения	принципы организации профилактических мероприятий по предупреждению заболеваемости среди населения; принципы диспансеризации населения, реабилитации больных и переболевших	выявлять факторы риска основных инфекционных заболеваний, проводить профилактические мероприятия при них; выполнять профилактические, гигиенические и противоэпидемические мероприятия;	методикой проведения профилактических мероприятий методикой оценки эффективности диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными
3	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	критерии постановки диагноза при различных заболеваниях; критерии диагностики основных неотложных и угрожающих жизни состояний	использовать алгоритм постановки диагноза с учетом Международной статистической классификации болезней; наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза и получения достоверного результата	методами общеклинического обследования; интерпретацией обследования; навыком сопоставления морфологических и клинических проявлений болезней; навыком постановки предварительного диагноза, с учетом обследования больного, согласно международной статистической классификации

					болезней; навыком диагностирования неотложных и угрожающих жизни состояний
4	ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов с инфекционными заболеваниями	методы и принципы медикаментозной и немедикаментозной терапии инфекционных заболеваний	назначать адекватное лечение, в соответствии с выставленным диагнозом	методами лечение, в соответствии с выставленным диагнозом
5	ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации	методы и принципы медикаментозной и немедикаментозной терапии инфекционных больных, нуждающихся в медицинской реабилитации	назначать адекватное лечение, в соответствии с планом реабилитации	методами адекватного лечения, в соответствии с планом реабилитации
6	ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	основы здорового образа жизни	проводить основные медицинские манипуляции и процедуры, направленные на сохранение и укрепление здоровья	навыками обучения формирования у пациентов и членов их семей здорового образа жизни
7	ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	правила и принципы профессионального врачебного поведения, врача; основные принципы и положения конституционного, гражданского, трудового, семейного, административного, уголовного права; этические документы отечественных и международных профессиональных медицинских организаций и ассоциаций; организацию работы и обязанности младшего и среднего медперсонала	выстраивать и поддерживать рабочие отношения с другими членами коллектива; применять нормативные правовые акты РФ в своей профессиональной деятельности	принципами врачебной деонтологии и медицинской этики; принципами и методами медицинской психологии; навыками работы с нормативной, законодательной и правовой документацией в пределах своей профессиональной деятельности
8	ПК-11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	порядок сбора, хранения, поиска и обработки, преобразования распространения информации в медицинских	пользоваться методикой сбора социально-гигиенической информации, информации о состоянии здоровья	методикой сбора социально-гигиенической информации, информации о состоянии здоровья

			системах, использование информационных компьютерных систем в медицине и здравоохранении	населения; пользоваться методикой анализа и статистической обработки полученной информации;	населения; навыком разработки научно-обоснованных мер по улучшению здоровья мужчин и женщин
--	--	--	---	---	---

7. Структура и содержание практики

Учебно-тематический план

№ п/п	Тема	Час.	Вид деятельности	Кол-во манипуляций
1	Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя	72	Участие в клинических разборах, разбор историй болезни, самостоятельный анализ результатов экспериментально-психологических заключений и инструментальных исследований	40
2	Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов	72	Участие в клинических разборах, разбор историй болезни, самостоятельный анализ результатов экспериментально-психологических заключений и инструментальных исследований	40
3	Психические и поведенческие расстройства в результате употребления каннабиноидов	72	Участие в клинических разборах, разбор историй болезни, самостоятельный анализ результатов экспериментально-психологических заключений и инструментальных исследований	40

8. Формы отчетности и аттестации по практике

Формы отчетности:

- дневник ординатора

Форма аттестации:

- промежуточная, в форме зачета

9. Фонд оценочных средств

9.1. Критерии оценки

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
	Реферат	Продукт самостоятельной	Темы рефератов	Содержательные:

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
		работы обучающегося, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.		соответствие содержания работы заявленной теме; степень раскрытия темы; наличие основных разделов: введения, основной части, заключения; обоснованность выбора темы, ее актуальности; структурирование подходов к изучению рассматриваемой проблемы (рубрикация содержания основной части); аргументированность собственной позиции; корректность формулируемых выводов. Формальные: объем работы составляет от 20 до 30 страниц; форматирование текста (выравнивание по ширине, 12 шрифт, 1.5 интервал); соответствие стиля изложения требованиям научного жанра; грамотность письменной речи (орфография, синтаксис, пунктуация); перечень используемых литературных источников (содержит не менее 10 источников, 70% которых - научные и учебно-методические издания; из них более 50% - литература, опубликованная за последние 5 лет).
	Собеседование	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	Вопросы по темам/разделам дисциплины	Полнота раскрытия темы; Знание основных понятий в рамках обсуждаемого вопроса, их взаимосвязей между собой и с другими вопросами дисциплины (модуля); Знание основных методов изучения определенного вопроса;

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
				Знание основных практических проблем и следствий в рамках обсуждаемого вопроса; Наличие представления о перспективных направлениях разработки рассматриваемого вопроса
	Ситуационные задачи	Проблемная задача на основе реальной профессионально-ориентированной ситуации, имеющая варианты решений. Позволяет оценить умение применить знания и аргументированный выбор варианта решения	Набор ситуационных задач по темам/разделам	грамотность определения содержащейся в задаче проблемы; корректность оперирования профессиональной терминологией при анализе и решении задачи; адекватность применяемого способа решения ситуационной задачи
	Тестовое задание	Система заданий, позволяющая стандартизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	Фонд тестовых заданий (варианты)	Критерии оценки вопросов теста в зависимости от типов формулируемых вопросов.

9.2. Оценочные средства

Включаются все оценочные средства, используемые при текущем контроле и промежуточной аттестации

Темы рефератов

- «Организация наркологической помощи за рубежом»
- «Организация наркологической помощи в РФ»
- «История психиатрии-наркологии в России»
- «Основные законодательные акты и руководящие документы в психиатрии и наркологии»
- «Расстройства восприятий»
- «Расстройства ощущений»
- «Патология ассоциативного процесса»
- «Бред, систематика»
- «Расстройства высших психических функций»
- «Патология медиаторного обмена при зависимостях»
- «Современные антипсихотики»
- «Современные антидепрессанты»
- «Стабилизаторы настроения»
- «Анксиолитики»
- «Побочные эффекты антипсихотической терапии»
- «Вопросы недобровольной госпитализации в стационаре»
- «Юридические аспекты работы врача-психиатра-нарколога»
- «Влияние алкоголя на организм подростка»

«Критерии оценки качества медицинской помощи в психиатрии-наркологии»
«Виды принудительных мер медицинского характера и правовые основы их применения»

«Вопросы судебной психиатрии в наркологии»
«Современные концепции этиопатогенеза психосоматических расстройств»
«Социальная адаптация при алкогольной болезни»
«Детский алкоголизм»
«Медико-социальные проблемы наркомании»
«Медико-социальные проблемы алкоголизма»
«Правоприменение Закона РФ «О наркотических средствах и психотропных веществах».
«Понятие и варианты внутренней картины болезни у больных с зависимостями»
«Ятрогении и нозогенные реакции»
«Курение и материнство»

Вопросы для собеседования

1. Понятие психопатологического симптома, синдрома, болезни в психиатрии.
2. Критерии нарушенного сознания. Синдромы выключения сознания, клиника, диагностическое значение.
3. Расстройства ощущений. Клиническая характеристика и диагностическое значение.
4. Иллюзии. Клиническая характеристика и диагностическое значение.
5. Галлюцинации. Объективные признаки галлюцинаций. Клиническая характеристика и диагностическое значение.
6. Расстройства сенсорного синтеза (психосенсорные расстройства). Клиническая характеристика и диагностическое значение.
7. Память и ее расстройства. Диагностическое значение расстройств памяти.
8. Формальные расстройства мышления и их диагностическое значение.
9. Бредовые идеи. Определения понятия, клинические формы, диагностическое значение.
10. Расстройства эмоциональной сферы. Клиническая характеристика и диагностическое значение симптомов.
11. Расстройства влечений. Клиническая характеристика и диагностическое значение.
12. Расстройства волевой сферы. Клиническая характеристика и диагностическое значение.
13. Двигательные расстройства. Формы психомоторного возбуждения. Клиническая характеристика и методы купирования.
14. Бредовые синдромы. Клиническая характеристика и диагностическое значение. Динамика бредовых синдромов.
15. Синдром психического автоматизма (синдром Кандинского-Клерамбо). Клиническая характеристика и диагностическое значение.
16. Делириозный синдром. Клиническая характеристика и диагностическое значение.
17. Аментивный синдром. Клиническая характеристика и диагностическое значение.
18. Онейроидный синдром. Клиническая характеристика и диагностическое значение.
19. Сумеречное расстройство сознания. Клиническая характеристика и диагностическое значение.
20. Кататонические синдромы. Клиническая характеристика и диагностическое значение.

21. Корсаковский синдром. Клиническая характеристика и диагностическое значение.
22. Астенический синдром. Клиническая характеристика и диагностическое значение.
23. Навязчивые состояния. Клиническая характеристика и диагностическое значение.
24. Навязчивые страхи. Клиническая характеристика и диагностическое значение.
25. Импульсивные состояния. Клиническая характеристика и диагностическое значение.
26. Клинические разновидности депрессивного синдрома. Их диагностическое значение.
27. Клиническая характеристика маниакального синдрома. Его диагностическое значение.
28. Физиологический и патологический аффект. Судебно-психиатрическая квалификация.
29. Врожденное и приобретенное слабоумие. Клинические формы деменции.
30. Умственная отсталость. Степени умственной отсталости. Основные причины. Особенности трудовой и судебно-психиатрической экспертизы.
31. Психоорганический синдром, его проявления и диагностическое значение.
32. Определение понятия психотического и непсихотического уровня заболевания
33. Ипохондрия. Клиническая характеристика и диагностическое значение.
34. Дисморфоманический синдром. Клиническая характеристика и диагностическое значение.
35. Понятие о соматизированных (маскированных) депрессиях. Принципы диагностики и терапии.
36. Синдром психической зависимости. Обсессивное влечение к ПАВ. Отсутствие психического комфорта вне интоксикации.
37. Синдром физической зависимости. Абстинентный синдром. Компульсивное влечение к ПАВ. Отсутствие физического комфорта вне интоксикации.
38. Синдром измененной реактивности. Понятие о толерантности. Формы опьянения. Способы употребления.
39. Биопсихосоциальная модель зависимости. Соматический компонент. Энцефалопатический компонент. Психологический компонент. Социальный компонент. Понятие о патологическом влечении к ПАВ.
40. Общая характеристика Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Сфера его применения, основные принципы оказания психиатрической помощи.
41. История наркологической помощи в России. Организация наркологической помощи в РФ. Основные законодательные акты и руководящие документы в наркологии.
42. Организация наркологической помощи за рубежом. GCP, FDA, DSM-IVR, стандарты по диагностике и лечению наркологических расстройств. Принципы работы и основные научные достижения NIDA. Психотерапия, наркология, детская психиатрия и медицинская психология за рубежом.
43. Правовые аспекты оказания амбулаторной наркологической помощи. Правовые аспекты и принципы амбулаторного наркологического освидетельствования.
44. Права и обязанности медицинских работников, оказывающих наркологическую медицинскую помощь. Меры социальной защиты лиц, оказывающих наркологическую помощь.
45. Медико-социальная экспертиза наркологических больных, основные ее принципы. Определение временной нетрудоспособности. Порядок выдачи листов временной нетрудоспособности. Сроки временной нетрудоспособности. Показания к направлению на МСЭ, группы инвалидности. Военная экспертиза в психиатрии-наркологии.

46. Этика и деонтология в психиатрии-наркологии. Этические проблемы наркологического диагноза, оказания наркологической помощи, медикаментозной терапии, этика общения с пациентами и их родственниками.
47. Организационные и методические основы управления наркологической службой, структура управления и его принципы, финансово-экономическое обеспечение психиатрической службы.
48. Организация внебольничной наркологической помощи. Понятие о диспансере, принципы его работы, виды диспансерного учета.
49. Организация стационарной наркологической помощи. Устройство и принципы работы наркологического стационара.
50. Клинические методы обследования наркологических больных. Понятие о клинко-психопатологическом методе. Оценка особенностей мышления, интеллектуально-мнестических функций, личностных особенностей психически больных.
51. Параклинические методы обследования наркологических больных. Использование рентгенологических, пневмоэнцефалографических, ЭЭГ методов исследования. ПЭТ, КТ и МРТ в психиатрии. Генетические исследования в психиатрии-наркологии, генеалогический, близнецовый методы, цитогенетические методы.
52. Классификации болезней в психиатрии-наркологии. История классификаций. Нозологическая классификация. МКБ -10.
53. Алкогольная зависимость. Определение, психопатология. Типы классификаций алкогольной зависимости. Исходы алкогольной зависимости. Терапия алкогольной зависимости.
54. Алкогольная зависимость. Понятие о видах запоев. Дни тяжелого пьянства. Утрата всех видов контроля. Виды патологического влечения к алкоголю. Терапия алкогольной зависимости.
55. Алкогольный абстинентный синдром: особенности клиники у соматически ослабленных больных и больных пожилого возраста. Принципы терапии.
56. Постабстинентный синдром при алкогольной зависимости. Идеаторный, поведенческий и эмоциональный компоненты постабстинентного синдрома.
57. Алкогольные психозы, классификация.
58. Алкогольный делирий, алкогольный параноид, Корсаковский синдром. Принципы терапии.
59. Классификация опиатов. Опиаты растительного происхождения, полусинтетические, синтетические. Агонисты, агонисты-антагонисты, антагонисты опиатных рецепторов.
60. Острый опиный абстинентный синдром. Постабстинентные расстройства. Период стабилизации ремиссии. Принципы терапии.
61. Абстинентный синдром при кокаиновой наркомании, симптомы острой интоксикации, формирование зависимости. Психозы при употреблении кокаина. Лечение абстинентного синдрома при кокаиновой наркомании.
62. Абстинентный синдром при амфетаминовой наркомании, симптомы острой интоксикации, формирование зависимости. Психозы при употреблении амфетаминов. Лечение абстинентного синдрома при амфетаминовой наркомании.
63. Особенности клиники кофеиновой наркомании. Симптомы отмены. Принципы терапии
64. Фазность интоксикации каннабиноидами. Характерные особенности зависимости при употреблении каннабиноидов. Последствия и осложнения хронической интоксикации каннабиноидами. Принципы лечения.
65. Последствия злоупотребления галлюциногенами. Симптомы отмены. Принципы лечения.
66. Интоксикационные психозы. Определение, психопатология. Классификация. Этиология, теоретические представления, эпидемиология. Патогенез. Экспертиза

67. Основы психотерапии. Основные психотерапевтические методы. Психотерапия наркологических расстройств. Психотерапия аффективных расстройств. Принципы мотивационного интервью.
68. Неврологические осложнения злоупотребления алкоголем. Неврологические осложнения при злоупотреблении психостимуляторами.
69. Классификация психофармакологических препаратов. Понятие о спектре активности психофармакопрепаратов. Общее и избирательное действие психофармакологических препаратов.
70. Антипсихотики. Систематика по химическому строению, клиническим эффектам. Показания, противопоказания, побочные эффекты.
71. Антидепрессанты. Систематика по химическому строению, клиническим эффектам. Показания, противопоказания, побочные эффекты.
72. Транквилизаторы, систематика. Показания, противопоказания, побочные эффекты.
73. Ноотропы, систематика. Показания, противопоказания, побочные эффекты.
74. Стабилизаторы аффекта, систематика. Показания, противопоказания, побочные эффекты.
75. Антikonвульсанты, систематика. Показания, противопоказания, побочные эффекты.
76. Блокаторы опиатных рецепторов. Налоксон, налтрексон, вивитрол. Принципы терапии аддиктивных состояний.
77. Неотложные состояния в наркологии. Лечение серии эпилептических припадков, эпилептического статуса, тяжелых формах алкогольного делирия и острых алкогольных энцефалопатий, тяжелой алкогольной интоксикации и абстиненции, острой интоксикации при наркоманиях и токсикоманиях, состояниях помраченного сознания
78. Психотерапия наркологических больных, классификация, методы, применяемые в наркологической практике, показания, противопоказания.
79. Реабилитация наркологических больных. Понятие медицинской, профессиональной, социальной реабилитации. Принципы и этапы реабилитации
80. Роль социально-экономических, медицинских психологических факторов при развитии аддиктивного поведения и химической зависимости.
81. Эпидемиология наркологических заболеваний.
82. Алкогольное опьянение: клиника, определение степени. Патологическое опьянение.
83. Бытовое пьянство (классификация, критерии перехода бытового пьянства в алкоголизм). Стадии хронического алкоголизма.
84. Особенности алкоголизма у женщин. Семейный алкоголизм. Алкогольный синдром плода: медицинские последствия
85. Медицинские последствия злоупотребления этанолом.
86. Медицинский, социальный и юридический критерии понятия "наркотическое вещество". Понятие психотропного и психоактивного вещества, стимулятора и допинга. Привыкание и пристрастие. Классификация аддиктивных расстройств.
87. Основные синдромы при наркоманиях.
88. Злоупотребление опиатами.
89. Злоупотребление препаратами конопли.
90. Злоупотребление кокаином.
91. Злоупотребление стимулирующими средствами
92. Злоупотребление галлюциногенами.
93. Злоупотребление снотворными и успокаивающими средствами.
94. Злоупотребление летучими ароматическими веществами.
95. Злоупотребление табаком. Полинаркомания.
96. Особенности ранней (подростковой) алкоголизации. Ранний (подростковый) алкоголизм (группы риска, клиника, современные особенности).
97. Особенности наркоманий и токсикоманий в подростковом возрасте.

98. Нехимические зависимости: виды, проявления, подходы к терапии.
99. Фармакотерапия наркологических расстройств.
100. Принципы профилактики и реабилитации химической зависимости.

Ситуационные задачи

Задача 1.

Пациент 35 лет, находится в отделении 5-ые сутки, поступил в линейное отделение наркологической больницы с диагнозом: Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиатов. Синдром зависимости от приёма опиатов (метадон) средней (II) стадии. Синдром отмены средней степени тяжести.

Из анамнеза известно: Общий стаж употребления опиатов около 20 лет, отмечалось 2 ремиссии в вынужденных условиях (сидел в тюрьме 2 и 3,5 года). В остальное время употреблял наркотики непрерывно. Инфицирован гепатитом С и ВИЧ.

Средняя суточная доза, заявленная пациентом при поступлении – примерно 250 мг кустарного метадона («четверть»). Последний приём – за 1 сутки до поступления, так же «четверть».

Первые двое суток пребывания в отделении был упорядочен, в режим укладывается, лекарства принимал в полном объёме, ночной сон был достаточный. С третьих суток у больного нарушили сон, не смотря на лекарственные назначения, стал раздражительным, претенциозным, конфликтным, требовал дополнительных лекарственных назначений на ночь и в течение дня. Проявлял поисковое поведение, предлагал врачу деньги, за дополнительные назначения тармала, просил отпустить его «домой на пару часов», был возмущен отказом, угрожал жалобами, пытался выяснить у пациентов, где в больнице можно найти наркотики.

Получаемое лечение: трамал -400 мг/сутки, колофелин - 0,6мг/сутки, хлорпротиксен – 200 мг/сутки, феназепам – 3 мг/сутки.

На 5 сутки, утром во время обхода, пациент лежит в постели, глаза закрыты, бледный, губы цианотичны, на обращенную речь, торможение, болевые раздражители не реагирует, зрачки сужены, на свет не реагируют, дыхание редкое, поверхностное, 6 дыхательных движений в минуту. Рс-86 в 1 минуту, ритмичный, слабого наполнения, АД 90/50мм рт.ст.

1. Оцените состояние. Каков предположительный диагноз?

2. Какова Ваша тактика по лечению и наблюдению? Какие лекарственные назначения и другие мероприятия необходимы в данном случае?

3. Какова ваша тактика при отсутствии должного лекарственного обеспечения?

Задача 2

Пациент 28 лет поступил на лечение в линейное отделение наркологической больницы с диагнозом: ППР в результате употребления опиатов (героин). Синдром зависимости средней(II) стадии. Синдром отмены средней степени тяжести.

Из анамнеза известно: употребляет опиаты 10 лет, сформированы психическая и физическая зависимость, синдром отмены. Максимальная суточная доза (за все время употребления) доходила до 5 гр кустарного героина. Отмечались короткие, нестабильные спонтанные ремиссии по 1-2 месяца, в это время викарно употреблял алкоголь. Инфицирован гепатитом С и вич. Перед данной госпитализацией употреблял героин ежедневно, систематической последние 2 месяца, последнее время суточная доза доходила до 2.5 гр героина.

В отделении предъявлять жалобы на выраженные костно-мышечные боли, ломоту в суставах, слабость, раздражительность, бессонницу. Получал следующую терапию: трамал 400 мг/сутки., клофелин 0.6 мг /сутки, феназепам 4 мг на ночь, хлорпротиксен 150 мг/сутки. Анализы-без особенностей.

На 4 день пребывания в отделении пациент стал жаловаться на тошноту, рвоту, частый жидкий стул (с 00 часов, до 10-00 – 8 раз), боли в животе спастического, схваткообразного характера. Был неприятен калом. О характере стула отказывается сообщать категорически.

При осмотре: кожные покровы – бледные, чистые, высыпаний не обнаружено. Т тела 36,9. Рс-88 в минуту, ритмичный, симметричный. АД90/60 мм рт. Ст. В легких-без особенностей. Живот при пальпации – мягкий болезненный по всё поверхности, больше в левой подвздошной области и по ходу поперечно-ободочной кишки, урчит. Сигмовидная кишка спазмирована, умеренно болезненна. Симптомов раздражения брюшины не выявляется.

1.предварительный диагноз? Дифференциальный диагноз между какими состояниями необходимо провести?

2.какую лекарственные терапии Вы назначите?

3.какие анализы необходимо сделать?

4.какова будет Ваша тактика в отношении лечения и наблюдения?

Задача 3

Мужчина 32-х лет поступил на лечение в наркологическую больницу, со слов последние 6 месяцев употреблял «бутират» кустарного производства, последнее время доза доходила до 100 – 150 мл в сутки. Последнее употребление – за 2 дня до поступления. При обращении предъявлял жалобы на выраженную слабость, тревогу, бессонницу (не спал 2 ночи), «дрожь во всем теле». Был ориентирован, психотические расстройства не выявлялись.

Из анамнеза известно: наследственность отягощена алкоголизмом отца. Раннее развитие без особенностей. Образование 11 классов и проф.училище, по специальности автослесарь. Работает по профессии. Женат, имеет дочь 5-ти лет. Из перенесенных заболеваний – простудные, детские инфекции. Курит с 16-ти лет. Первая проба алкоголя в возрасте 18-ти лет. В дальнейшем алкоголизировался периодически, интенсивность употребления алкоголя возрастала, последние 2 года употреблял ежедневно 1 – 1.5 л пива, вечером после работы. «Бутират» стал употреблять последние 6 месяцев, вместе с коллегой по работе, затем стал употреблять в одиночку, по вечерам.

На фоне употребления стал вести себя «неадекватно», под давлением жены прекратил употребление, появились выше указанные жалобы в связи с чем обратился за помощью.

Пациенту было назначено лечение: инфузионная терапия 1000,0мл солевых растворов, витамины группы В, карбамазепин 600 мг в сутки, дроперидол 250 мг на ночь, феназепам 2 мг на ночь.

Вечером, в день поступления, пациент стал беспокойным, суевливым, растерянным, на месте не удерживается, бегает по отделению, не понимает где находится, считает, что «находится на вокзале», искал платформу, заявлял, что «опаздывает на поезд». Дезориентирован во времени. Периодически стряхивает с себя «жучков». Симптомов Райхардта положительный.

1. Поставьте диагноз.

2. Определите тактику лечения.

Задача 4

Мужчина 45 лет, по специальности врач-реаниматолог, обратился за помощью амбулаторно в связи со злоупотреблением алкоголем.

Из анамнеза известно: раннее развитие без особенностей, наследственность не отягощена. Учился хорошо, окончил школу, затем институт с красным дипломом. После окончания института получил первичную специализацию по анестезиологии-реаниматологии, затем устроился работать по специальности. На работе всегда был на хорошем счету. Женат, имеет 2-х детей. Первая проба алкоголя в 20 лет, после этого употреблял алкоголь «изредка по праздникам». В возрасте 35 лет начал алкоголизироваться регулярно по 3-4 дня в неделю в перерывах между сменами. Учащение алкоголизации связывает с «возросшей рабочей нагрузкой» и необходимость «расслабляться». Последние 2 года толерантность выросла до 1 литра водки в сутки, появилось патологическое влечение к спиртному, похмельный синдром. Появились признаки утраты ситуационного и количественного контроля. В связи с употреблением алкоголя появились проблемы в семье и на работе. Обращение за помощью носит вынужденный характер – под давлением жены. Себя больным не считает. Критика к алкоголизации снижена, считает, что «проблема конечно есть, но может решить её сам». Убежден, что может «контролировать употребление спиртного, надо только взять себя в руки». Примерно 6 месяцев назад лечился в частном наркологическом центре, где пациенту было проведена детоксикация, купирование явлений синдрома отмены, а затем проведено противорецидивное лечение с использованием метода плацебо-терапии. После данного лечения вновь возобновил алкоголизацию через месяцы. В беседе сообщает, что «не поверил в процедуру с самого начала».

1. Поставьте диагноз.
2. Предложите пациенту варианты противорецидивного лечения.

Задача 5

Мужчина 30 лет, был доставлен в приёмное отделение наркологической больницы друзьями. Со слов сопровождающих, пациент в течении последних 3-х дней употреблял кокаина интраназально, ночи не спал, в день обращения так же употреблял наркотик. На фоне приёма ПАВ стал странно себя вести: не понимал где находится, был суетливым, агрессивным, считал, что «сейчас придёт полиция и всех заберет», стремился убежать, спрятаться.

При осмотре, возбужден, беспокоен, тревожен, на месте удерживается с трудом, говорит громким голосом, на вопросы отвечает не по существу, многоречив. Дезориентирован в месте и времени, хотя понимает, что находится в лечебном учреждении. Жалуется, что под кожей рук «сидят мелкие жучки», пытается их извлечь. Кожа рук в свежих расчесах, зрачки расширены, на свет не реагируют.

1. поставьте диагноз
2. определите тактику лечения
3. Как называются специфические тактильные галлюцинации при данном состоянии?

Задача 6

Мужчина 45 лет обратился за помощью в амбулаторное наркологическое отделение, пришёл в сопровождение жены. При обращении предъявляет жалобы на слабость, головную боль, дрожь в теле, тревогу, рассказал, что слышит «голоса в шуме машин за окном», которые «ругаются и мешают».

В беседе контакт доступен, ориентированная во времени приблизительно, остальные виды ориентирован сохранены. Напряжение, тревожен, беспокоен, к чему-то постоянно прислушивается. При расспросе подтверждает, что слышит «голоса» на фоне шумов за окном. Некритичен к алкоголизации, критика в отношении обманов восприятия – неполная. Симптомов Райхардта – отрицательный.

При сборе анамнеза выяснено, что пациент длительное время, около 20 лет, систематического злоупотребляет алкоголем, сформирован синдром отмены, толерантность до 1 литра крепкого спиртного. Ранее за наркологической помощью никогда не обращался. Последний запой около 3-х недель. Последнее употребление алкоголя 2 дня назад, 2 ночи не

спал. Жалобы на «голоса» появились ночью на кануне обращения, пришёл на приём под давлением жены.

1. Поставьте диагноз
2. Тактики лечения, нуждается ли больной в госпитализации, в случае отказа есть ли показания к не добровольной госпитализации.
3. Как называются обманы восприятия выявляемые у пациента.

Задача 7

Мужчина 40 лет поступил в наркологическую больницу после месячного запоя с диагнозом: Синдром зависимости от алкоголя. Алкогольный абстинентный синдром средней степени тяжести. За время лечения явления синдрома отмены были купированы, пациент готовится к выписке. Настаивает на проведении ему противорецидивной терапии – просит сделать ему «подшивку на 5 лет» («подшивка» - метод плацеботерапии). Из анамнеза известно, что в прошлом (7 лет назад) пациент систематически употреблял опий, был сформирован синдром отмены, затем самостоятельно прекратил наркотизацию, однако начал систематически алкоголизироваться, сразу с высокой толерантностью и синдромом отмены.

1. Какой прогноз плацеботерапии в данном случае
2. Предложите альтернативные варианты противорецидивной терапии.

Задача 8

Мужчина 50 лет проходит лечение в наркологической больнице с диагнозом: Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя. Синдром зависимости средней стадии. Синдром отмены средней степени тяжести. Поступил в больницу после 2-х недельного запоя, последнее употребление алкоголя в день поступления – выпил 1.5л пива.

Из анамнеза известно: длительно злоупотребляет спиртным, сформированы психическая и физическая зависимость, похмельный синдром. Толерантность составляет до 1.5 л водки в сутки. Имеются амнестические формы опьянения. Из перенесенных заболеваний – неоднократно сгм – в юности активно занимался боксом.

При поступлении в стационар получал дезинтоксикационную терапию, витамины, бензодиазепиновые транквилизаторы на ночь.

Утром второго дня пребывания в стационаре, пациент проходя по коридору на завтрак, внезапно громко закричал, упал на спину, стал хрипеть, возникли Тонические судороги, которые сменились клоническими. Обмочился. Судороги продолжались около 5 минут. Дежурный мед.персонал сразу вызвал врача.

1. Предварительный диагноз.
2. Тактика действий и лекарственных назначений
3. Какие обследования и консультации каких специалистов необходимо провести пациенту в последующем.

Задача 9

Женщина 39 лет, проходит лечение в наркологическом стационаре с диагнозом: Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя. Синдром зависимости средней стадии. Синдром отмены средней степени тяжести. Поступила в больницу после запоя продолжительность в 2 недели. Из анамнеза известно: длительно злоупотребляет алкоголем (10 лет), сформированы психическая и физическая зависимости, синдром отмены. Толерантность последнее время составляет до 0,5л водки в сутки. Рвотный рефлекс утрачен. В отделении получает лечение: дезинтоксикация, витамины, бензодиазепиновые транквилизаторы. На фоне проводимого лечения отмечался поверхностный сон с частыми пробуждениями. На 3-е сутки пребывания в стационаре, вечером пациентка стала двигательно беспокойна, собирала вещи, в окружающих узнавала своих родственников, внезапно начинала громко кричать и вставала ногами на стул, сообщала, что «видела огромную крысу». Что-то постоянно сплевывала, вытаскивал из о рта, говорила, что у неё «полный рот какой-то проволоки». При расспросе дезориентирована в

месте и времени. На вопросы отвечает не по существу, после повторных обращений, постоянно к чему-то присматривается, на месте удерживается с трудом. Симптомов Райхардта – положительный.

- 1.поставьте диагноз
- 2.назначьте лечение

Задача 10

Пациентка 25 лет, госпитализирована в наркологическую больницу первично с диагнозом: Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиатов. Синдром зависимости средней стадии. Синдром отмены средней степени тяжести.

Из анамнеза известно: употребляет оплаты систематически 5 лет. Сформированы психическая и физическая зависимости. Средняя суточная доза 2 гр кустарного героина. Ранее не лечилась. Ремиссий не отмечалось.

При поступлении больной была назначена терапия: трамал -400 мг/сутки, колофелин - 0,6мг/сутки, хлорпротиксен – 200 мг/сутки, феназепам – 3 мг/сутки.

На вторые сутки, утром Пациентка встала с постели и потеряла сознание, упала, ударившись лицом об угол кровати, имеется гематома в области орбиты. В положении лежа пришла в сознание. Контактна. Средним персоналом был вызван врач.

- 1.предположительный диагноз
2. На что необходимо обратить внимание при осмотре
3. назначьте лечение

Задача 11

Пациент 25 лет, поступил в наркологическое отделение с диагнозом: Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиатов. Синдром зависимости средней стадии. Синдром отмены средней степени тяжести. На фоне лечения явления синдрома отмены были купированы. Сохраняются астенические расстройства. Под давлением родственников согласился продолжить лечение и пройти медицинскую реабилитацию. В отделении реабилитации с первого дня держался обособленно, с персоналом реабилитации был насторожен, дистантен, на групповых мероприятиях был замкнутый, участвовал формально. На 7 день нахождения в медицинской реабилитации с утра стал беспокойным, раздражительным, обратился к персоналу с требованием разрешить звонок родственникам. На отказ родственников разговаривать с пациентом, последний заплакал и стал требовать выписать его из больницы. В беседе с врачом и психологом понимает, что уходить некуда («родители не пустят домой»), однако все равно настаивает на выписке.

- 1.какова Ваша тактика в данном случае
- 2.квалифицируйте состояние пациента

Задача 12

Пациент 28 лет, поступил в наркологическое отделение с диагнозом: Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиатов. Синдром зависимости средней стадии. Синдром отмены средней степени тяжести. На фоне лечения явления синдрома отмены были купированы. Сохраняются астенические расстройства. Под давлением родственников согласился продолжить лечение и пройти медицинскую реабилитацию. В отделении реабилитации с первого дня держался вызывающе, с персоналом реабилитации был груб, без дистанции, на групповых мероприятиях конфронтировал со специалистами, Обесценивал значимость психотерапии. По отношению к другим пациентам реабилитации настроен агрессивно. На замечания в свой адрес со стороны других пациентов реагирует вербальной агрессией и угрозами физической расправы. Регулярно нарушает режим. На выписку не настроен. Своим поведением дезорганизует работу отделения.

- 1.какова Ваша тактика
- 2.сделайте лекарственные назначения

Задача 13

Пациент 23-х лет, страдает опийной наркоманией, в средней стадии. Синдром отмены сформирован. Прошёл стационарное лечение, синдром отмены был купирован. Был выписан на противорецидивной терапии таблетированным налтрексоном. Через 2 недели пришёл на приём в сопровождение матери. Жалуется на выраженные костно-мышечные боли, тошноту, рвоту диареею. Заявляет, что это «побочные действие» назначенного ему препарата. При осмотре: кожные покровы влажные, липкие. Пульс учащен, зрачки расширены.

Со слов матери, пациент принимал налтрексон ежедневно в прописанной дозе, самостоятельно, без контроля со стороны родственников (вопреки данным рекомендациям). В день обращения мать пациента настояла на том, чтобы препарат был принят в её присутствии.

1. Поставьте диагноз
2. Окажите помощь

Задача 14

Пациент 25 лет проходил дезинтоксикацию в стационарном наркологическом отделении, с диагнозом: Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиатов. Синдром зависимости средней стадии. Синдром отмены средней степени тяжести. На фоне лечения явления синдрома отмены были купированы. От последнего приёма тарамала прошло 7 дней. Был направлен на противорецидивную терапию пролонгированным налтрексоном. Перед процедурой введения препарата сдал образец мочи на содержание опиатов результат отрицательный. Пациенту была проведена налоксоновая проба. После введения 8мг налоксона в/м, через 10 минут у пациента появились следующие симптомы: проливной пот, рвота, расширение зрачков, стал суетливым, беспокойным, неусидчивым.

1. что произошло с пациентом, поставьте диагноз?
2. окажите помощь

Задача 15

Больной С. 24 лет, злоупотребляет алкоголем в течение 10-ти лет. В течение последних 3-х лет пьет запоями до 5-7 дней. В период запоев по утрам испытывает головную боль, потливость, сердцебиение. После последнего алкогольного эксцесса появилась тревога, подавленность, нарушился сон, был двигательно беспокойным, размахивал руками, как будто от кого-то отбивался. Разговаривал без собеседника, пытался выпрыгнуть из окна. Родственники вызвали скорую психиатрическую помощь.

Назовите описанные симптомы.

Назовите описанные синдромы.

Поставьте диагноз.

Нужна ли недобровольная госпитализация (НГ).

План терапевтических мероприятий.

Задача 16

Больной К., 46 лет, перенес тяжелый психоз, возникший через 4 дня после очередного запоя. Он сопровождался отрывочными зрительными галлюцинациями, тревогой. Больной находился в пределах постели, речь была бессвязной, перебирал руками одеяло. Через несколько дней перестал отвечать на вопросы, постоянно лежал, отсутствовали все

рефлексы, кроме зрачкового. После выхода из психоза отмечались резкое снижение памяти, нарушение речи, постоянные головные боли.

Назовите симптомы.

Каков наиболее вероятный диагноз?

Признаки отмечающейся у больного стадии заболевания.

Какой психоз отмечался после выхода из делирия?

Какова степень делирия?

План терапевтических мероприятий

Задача 17

Больной А, 48 лет злоупотребляет алкоголем на протяжении 15 лет. В последние 2 года употребление носит постоянный характер, пьет по несколько дней подряд. Начало очередного употребления, как правило, связано с получением зарплаты, часто провоцируется конфликтами с женой. Дозы алкоголя постоянные. Прекращает употребление, когда заканчиваются деньги.

Назовите ведущее расстройство.

Сформулируйте диагноз.

Каковы признаки данной стадии заболевания?

Какой характер носят запои, которые наблюдаются у больного?

Какие еще расстройства могут возникать на этой стадии?

План терапевтических мероприятий.

Задача 18

Больная П., 47 лет, с 28 лет злоупотребляет алкоголем. В последние годы пьет в течение суток многократно, малыми порциями. Наблюдаются снижение болевой чувствительности в нижних конечностях, нарушение походки. Не может назвать текущий день, месяц, забывает то, что происходило минуту назад.

Сформулируйте свое диагностическое заключение.

Каковы симптомы заболевания?

Каково основное расстройство памяти?

Назовите стадию алкоголизма.

Каковы признаки этой стадии?

План терапевтических мероприятий.

Задача 19

Больной П., 18 лет, с 13 лет курит анашу, употребляет ЛСД, экстази, амфетамины. В 16 лет в драке перенес черепно-мозговую травму, после которой длительное время испытывал утомляемость и головные боли. Стал употреблять также водку и пиво. Иногда употреблял ЛСД. Однажды пришел домой в опьянении: испытывал страх, который сменялся экзистенциальным состоянием, заявлял, что может проникнуть «в суть всех вещей», что мысли «переполняют» его, испытывал устрашающие зрительные галлюцинации, окружающее видел «в ярком свете», высказывал суицидальные мысли. На следующий день указанные симптомы исчезли. Признался, что накануне принимал «какие-то таблетки».

Назовите симптомы.

Установите диагноз.

Каков характер употребления психоактивных веществ?

К какой группе (с юридической точки зрения) относятся используемые больным препараты, помимо алкоголя?

Какие расстройства восприятия были у больного?

Задача 20

У больного В., 22 лет, который ранее не употреблял спиртные напитки, после однократного приема алкоголя в дозе 100 мл водки отмечалось сумеречное помрачение сознания, которое проявлялось дезориентацией в пространстве и времени, нарастало двигательное возбуждение, появились патологические аффекты, немотивированная агрессия. В этой связи мужчина был доставлен в приемное отделение наркологического диспансера.

1. Как называется комплекс симптомов, наблюдаемый у больного?
2. Что отличает патологическое опьянение от других форм алкогольного опьянения.
3. В случае совершения преступления в состоянии патологического опьянения пациент признается судебно-психиатрической экспертизой вменяемым или нет?

4. Нужна ли недобровольная госпитализация (НГ)?

Задача 21

Больной Д., 36 лет, злоупотребляет алкоголем с 23 лет. Отмечаются запои по 2-3 недели в последние 6 лет. Поступил в психиатрический стационар после очередного запоя. Дома стало казаться, что «обои в комнате двигаются, рожи корчат». Вечером в день поступления лежал в палате в кровати в позе роженицы с раздвинутыми и согнутыми в коленях ногами. В состоянии ужаса он кричал, что «рожает котят». При этом все мышцы были напряжены. Он видел, чувствовал как котята, «родившись», бегают по кровати, по телу, слышал, как они жалобно мяукают. Просил персонал и окружающих помочь «принять роды, а то весь разорвусь». Всего «родилось» 26 котят. После этого галлюцинаторные переживания резко поменялись и больной, вскочив с кровати, начал отбиваться от змей и «маленьких крокодилов», которые заползли на кровать и одеяло. Для того, чтобы поставить капельницу с лекарствами, персонал вынужден был прибегнуть к ограничению больного.

Какие симптомы отмечаются у больного?

Какие синдромы отмечаются у больного?

Клинический диагноз.

В чем особенность данного психотического эпизода?

Задача 22

Больной Х. 20-ти лет доставлен в приемное отделение НИИ Скорой помощи им. Джанелидзе в состоянии средней тяжести. От родственников известно, что последние три дня с друзьями регулярно употреблял «курительные смеси». При осмотре отмечается нарушение ориентировки в месте и времени, неподвижность мимической мускулатуры, фиксированный взгляд, мидриаз, гиперемия склер, признаки сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности. Больной разговаривает без собеседника, речь временами бессвязна. На фоне общей заторможенности периодически бывает возбужден в пределах кровати, перебирает одежду. Отмечаются кататонические симптомы в виде воздушной подушки, субступора.

Какие симптомы отмечаются у больного?

Какие синдромы отмечаются у больного?

Предполагаемый клинический диагноз (дифференциальная диагностика).

План терапевтических мероприятий.

Задача 23

В наркологический диспансер для лечения поступил подросток З., 16 лет, с проявлениями депрессии с элементами дисфории, раздражительности. От родственников известно, что в течение года употреблял кокаин; у подростка нарушен аппетит, сон, ощущаются перебои в работе сердца, нередко подросток проявляет гнев, злобу и беспокойство.

Предполагаемый синдром

Предполагаемый клинический диагноз

Каковы немедленные побочные эффекты приема кокаина (крэка)?

Каковы отсроченные эффекты приема кокаина?

Задача 24

После внутривенного введения психоактивного вещества у больного В., 25 лет, возникло ощущение блаженства, избытка жизненных сил; он чувствовал разливающееся по телу тепло, ощущение поглаживания и зуд кожи, необычную легкость в теле. Замедлилось течение мыслей. Эти симптомы быстро сменились ускорением мышления, повышением настроения с чувством радости. Впоследствии появились многоречивость, избыток энергии, суетливость, импульсивность. После этого отмечались замедленность движений и речи, чувство безысходности и бесцельности существования, сонливость.

Какое психоактивное вещество принимал больной?

Какие виды аффективных расстройств отмечались у больного?

Какие симптомы входят в состав наблюдаемых расстройств?

К какому типу (с клинической и юридической точки зрения) относится данное психоактивное вещество?

Какое тяжелое осложнение возникает при передозировке данным психоактивным веществом?

Задача 25

Больной Д., 29 лет поступил в приемное отделение наркологической больницы с жалобами на боли в конечностях, туловище, ринорею, слезотечение. В области обоих предплечий, особенно левого, следы нагноений, звездчатые рубцы, инфильтраты. Испытывает сильное влечение к наркотику. Госпитализацию объясняет отсутствием денег, чтобы «вмазаться». Раздражителен, не может усидеть на одном месте. Требуется немедленной помощи, «пока совсем не разорвало». Из анамнеза известно, что в течение последних 5-ти лет регулярно внутривенно употребляет героин и другие опиаты (в основном дезоморфин). Неоднократно лечился в наркологических больницах, после выписки ремиссии короткие до 1-2-х месяцев, после чего возобновлял наркотизацию. Четыре года не работает. Занимается воровством и перепродажей наркотиков, чтобы достать денег на дозу. Толерантность достигала 1,0-1,5 граммов героина в сутки. В ближайшие 2 часа алгический компонент ослаб и на первый план в клинической картине вышли снижение настроения, субдепрессия, суицидальные тенденции. Жалуется на «полную безысходность», «ненужность», «отсутствие желания жить». Впоследствии присоединились диспептические явления.

Предполагаемый синдром

Предполагаемый клинический диагноз

В чем клинические отличия данного синдрома?

Вследствие приема каких ПАВ возник данный синдром?

План терапевтических мероприятий и прогноз.

Задача 26

Обследуемый З., 22 лет поступил в наркологическое отделение с подозрением в употреблении наркотиков. При осмотре пониженного питания, бледен, кожа сухая с землистым оттенком. Выражен миоз. В области обоих предплечий, особенно левого, следы внутривенных инъекций. Через 14 часов у обследуемого появились зевота, слезливость, повышенная потливость, тремор рук, «гусиная» кожа, озноб, тошнота. Жаловался персоналу на ломоту и давление в суставах и мышцах. Раздражителен, груб. Заявляет, что он простудился, чувствует во всем теле жар. Упорно отрицает употребление наркотиков, лжив, неискренен. В отделении выпрашивал у персонала кодеин-содержащие препараты – «от кашля». После отказа ему в этом заявил, что убежит из отделения – «хоть на веревке из простыней из окна спущусь!».

Предполагаемый синдром

Предполагаемый клинический диагноз

Возможное дополнительное тестирование или обследование для подтверждения диагноза.

План терапевтических мероприятий.

Задача 27

Больной А., 23-х лет, обратился на прием к наркологу с жалобами на снижение памяти на текущие события, усталость, нарушения сна, неспособность выполнять привычную работу. С 14 лет состоит на учете в наркологическом диспансере по поводу злоупотребления летучими ингалянтами. Ингалировал различные клеи, растворители в течение 2-х лет. С трудом окончил 9 классов школы, из профессионального лица был исключен за прогулы и неуспеваемость. Работает эпизодически на малоквалифицированных работах. С 15-ти лет стал регулярно выпивать. В течение года сформировалась зависимость. На фоне систематического употребления алкоголя возникают запои, когда толерантность вырастала до 1 литра водки в сутки, продолжительностью до 7-10 дней.

При осмотре путается в ориентировке во времени, мышление вязкое, ригидное. Высказывания легковесные. Эмоционально лабилен, аффект неустойчивый со склонностью к дисфории. Память существенно снижена преимущественно на текущие события. С четвертой попытки запомнил имя и отчество врача. Критика к алкоголизации снижена, считает, что надо «немного подлечить нервишки».

Предполагаемый синдром

Какой тип злоупотребления алкоголем наблюдается у пациента?

Предполагаемый клинический диагноз

В чем роль злоупотребления летучими ингалянтами в подростковом возрасте в текущем состоянии пациента?

План терапевтических мероприятий.

Задача 28

Больной Ф., 33 года с алкоголем познакомился в возрасте 15-16 лет. Выпивал редко. Демобилизовавшись, окончил музыкальное училище и в дальнейшем по настоящее время работает в эстрадных оркестрах, выступая в ресторанах, кинотеатрах. Злоупотребление принимало все большие размеры, условия работы этому способствовали. К 30 годам установился синдром зависимости. Многократно менял места работы, дома сложилась конфликтная ситуация. Охотно беседует с врачом, но предпочитает рассказывать о своих переживаниях и неприятностях, причиной которых якобы являются окружающие, нежели о характере своего пьянства. Лжет, часто путается в деталях. Пытается представить себя как значительную во многих отношениях личность, подвергающуюся гонениям завистников, страдающую от излишней одаренности. В отделении держится с подчеркнутым превосходством, демонстративен, наигран, пытается обсуждать с врачом все детали назначений, требует постоянного внимания. Уклоняется от работы под всевозможными предлогами, чаще ссылаясь на недомогание; в тех же редких случаях, когда принимает участие в трудовых процессах, стремится привлечь к этому факту внимание как можно большего круга лиц. С удовольствием рассказывает больным (выбирая тех, кто может этому поверить) о всевозможных историях и событиях, центром которых был он.

Перечислите все симптомы и синдромы.

Предполагаемый клинический диагноз.

В чем особенность данного клинического случая?

План терапевтических мероприятий.

Задача 29

Больной Ж., 29 лет. Отец злоупотреблял алкоголем. Употреблять водку начал с 13-14 лет, после первых зарплат, потому что «все пили», не испытывал ни удовольствия, ни отвращения. Иногда напивался пьяным (когда было много водки). Женился в 20 лет («так сложились обстоятельства») после скандалов и угроз. К жене и ребенку особой привязанности не испытывал. В 24 года водку начал употреблять систематически, «от нечего делать». «Кончил работать – и в пивную». Признаки заболевания появились в течение первого же года злоупотребления. С 25 лет – обязательное похмелье, с 27 лет пьет запоями по 4-5 дней раз в 2-3 недели, употребляет с целью опохмеления политуру, тормозную жидкость, спиртосодержащую парфюмерию. Изменился по характеру, стал крайне неуравновешенным, взрывчатым, злобным. Неоднократно за драки и хулиганство отсидывал «сутки» в милиции, был судим. На работе не удерживается больше 3-4 месяцев. Дома постоянные конфликты, на его улице с ним «боятся связываться». Пьет со случайными и постоянными собутыльниками, пьет и один, хотя «одному – скучно». Дважды в состоянии похмелья наблюдались эпилептиформные припадки, с потерей сознания, тоническими и клоническими судорогами. В отделении постоянно в кругу больных, слушает их разговоры. Никакого занятия себе не нашел. От работы уклоняется, ссылаясь на всевозможные

причины. Дважды был агрессивен, едва не избил больного. О доме и о работе никакого беспокойства не проявляет. Жену встречает очень холодно, забыв и спросить о сыне, забирает передачу и старается скорее уйти. Оживляется только тогда, когда играет в домино: сильно стучит костями, громко смеется, повторяя шаблонные в среде игроков выражения, получает при этом искреннее удовольствие. Запас слов ограниченный, выражения стереотипны, обилие жаргонных словечек. По ходу беседы легко аффектируется, дерзит, но быстро успокаивается и через некоторое время может смеяться. Наличие каких-либо духовных, эстетических запросов, стремлений установить не удалось. Крайне ограничен, примитивен. Определенных установок в жизни, мировоззрения нет.

Перечислите все симптомы и синдромы.

Предполагаемый клинический диагноз.

В чем особенность данного клинического случая?

План терапевтических мероприятий.

Будет ли признан вменяемым (дееспособным) данный больной? Объясните почему.

Задача 30

Больная Л., 38 лет впервые попробовала закурить в 10 лет. С 14 лет начала курить ежедневно, выкуривая 2-5 сигарет в день. Курила «легкие» (дамские) сигареты. В настоящее время выкуривает около 30 сигарет в день, в течение дня наступают периоды, когда выкуривает 2-3 сигареты подряд. Закуривает сразу после пробуждения, натошак. Неоднократно бывали случаи, когда просыпалась ночью от сильного желания закурить. Старается курить крепкие сигареты, так как «легкие» полностью не снимают физический дискомфорт, не успокаивают ее. При попытках отказа от курения, предпринятых за последние годы на фоне ухудшения здоровья, у пациентки возникали часто повторяющиеся образные представления того, как она закуривает, с появлением табачного вкуса и сухости во рту. Одновременно возникало чувство «сдавления» в груди, тяжести в голове, появлялись тревожность, беспокойство, что препятствовало длительному отказу от курения. На протяжении последних 5 лет, когда резко увеличилось количество выкуриваемых сигарет в день, отмечает ухудшение самочувствия – беспокоят периодические боли в области сердца, одышка при быстрой ходьбе, кашель по утрам.

Перечислите все симптомы и синдромы.

Перечислите все симптомы и синдромы.

Предполагаемый клинический диагноз.

План терапевтических мероприятий.

Задача 31

Больная М, 65 лет, после смерти мужа 2,5 года назад стала принимать феназепам в дозе 1 мг на ночь. Через три месяца поняла, что одной таблетки для сна недостаточно. Знакомые посоветовали добавить корвалол. В течение последующих месяцев принимала сперва по 30-40 капель корвалола и 1-2 таблетки феназепама на ночь, затем доза лекарств постепенно повышалась. При попытке уменьшить дозу возникала бессонница, добавляла корвалол, иногда принимала корвалол в течение дня вместе с таблеткой феназепама. На момент осмотра суточная доза феназепама составляет 6-7 мг, в день выпивает по 100-150 капель корвалола. При попытке отказаться от приема препаратов хотя бы в дневные часы становится раздражительной, тревожной, устраивает скандалы дочери. В тайне от нее стремится принять «свою дозу», чтобы успокоится. Со слов дочери в последний год стала вялой, заторможенной, начинает дремать после еды, перед телевизором. Стала меньше интересоваться домашними делами, здоровьем и успеваемостью внуков, практически перестала читать художественную литературу. Почти не выходит из дома. Беспокоится только по поводу «есть ли дома все ее лекарства».

Перечислите все симптомы и синдромы.

Предполагаемый клинический диагноз.

Почему прием снотворно-седативных препаратов привел к развитию зависимости у данной больной?

План терапевтических мероприятий.

Задача 32.

Женщина - экономист, М.З., 22 лет. Госпитализирована в наркологический стационар под давлением родственников. Выросла в семье, где отец является действующим алкоголиком. Мать не пьет, но бабушка злоупотребляет алкоголем. Со школьных лет любила «веселые» компании. На протяжении 8 последних лет регулярно попадала в сложные ситуации, связанные со злоупотреблением алкоголем. В течение последних 2 лет пьет запоями. В период запоев по утрам испытывает головную боль, потливость, сердцебиение, сильное желание опохмелиться, подавленность, чувство вины. Во время последнего алкогольного эксцесса появилась тревога, подавленность, двигательное беспокойство («не находила себе места»), пыталась броситься из окна 4 этажа. Объясняет свое состояние тем, что «все достало!», «никому ничего не докажешь»...

1. Определите синдромальный диагноз
2. Определите нозологическую принадлежность и стадию болезни
3. Как квалифицируется состояние больной, послужившее непосредственным поводом к госпитализации?
4. Показана ли в данном случае неотложная госпитализация?
5. Определите вероятную медикаментозную и психотерапевтическую тактику

Задача 33

Мужчина, П.С., профессиональный водитель, 28 лет. Впервые попробовал спиртное после возвращения из армии. До этого всегда относился к употреблению спиртного отрицательно, т.к. активно занимался спортом, кроме того, «насмотрелся в детстве на отца и мать». Прекращение активной тренировочной деятельности, связанное с черепно-мозговой травмой, привело (со слов жены пациента) к утрате жизненной перспективы и вынужденному изменению стиля жизни. В течение последних 5 лет злоупотребляет

алкоголем (пиво после работы). В случае вынужденного отсутствия возможности выпить становится раздражительным, дисфоричным, снижается настроение, испытывает тягу к спиртному. Для достижения «насыщения» ему требуются все большие дозы алкоголя, является инициатором употребления алкоголя в компании, стремится сам произносить тосты, учащает прием алкоголя. В опьянении становится агрессивным. Отдельные эпизоды предыдущего эксцесса не помнит или вспоминает с помощью очевидцев происшедшего.

1. Определите синдромальный диагноз
2. Определите нозологическую принадлежность и стадию болезни
3. Определите тип алкогольного опьянения
4. Какие расстройства памяти выявляются в данном случае?
5. Определите вероятную медикаментозную и психотерапевтическую тактику

Задача 34

Мужчина, И.Р., 52 лет, электрик. Стаж злоупотребления алкоголем около 30 лет. Последние 14 лет пьет запоями по 5-7 дней. К настоящему времени перешел на крепленые вина, эпизодически - суррогаты. Изменилось отношение к семье – появились безразличие, эгоистичность, участились конфликты «на ровном месте». В течение 2-х последних лет стал обращать внимание на то, что жена не интересуется его делами, часто поздно возвращается домой. Настойчиво стал выяснять, где она «пропадает» в течение дня. Ответы жены не удовлетворяли его, перестал ей верить. Стал подозревать, что она ему изменяет, начал за ней следить. Ссоры и конфликты участились. Во время ссор стал применять физическое насилие, угрожает расправой. Требуется «сознаться во всем и не доводить его до греха», находит доказательства неверности (незнакомый запах мужского парфюма, слишком яркий макияж). Пришел к выводу, что жена изменяет ему с его начальником. Психический статус: ориентирован, подробно рассказывает о поведении жены, непоколебимо убежден, что жена ему изменяет. Чтобы не убить ее и не отвечать за это, считает необходимым развестись. Себя считает здоровым, а в больницу его «поместили жена и ее любовник, чтобы «развратничать». После долгих уговоров согласился полечить «нервы». В отделении поведение спокойное, упорядоченное. На свиданиях с женой, (если никто не наблюдает), требует от нее признаний, оскорбляет ее, угрожает расправой.

1. Определите синдромальный диагноз
2. Определите нозологическую принадлежность и стадию болезни
3. Как квалифицируется состояние больного, послужившее непосредственным поводом к госпитализации?
4. Определите вероятную медикаментозную и психотерапевтическую тактику

Задача 35

Пациент наркологического стационара, Р.Ш., 48 лет. В анамнезе длительное злоупотребление алкоголем в форме запоев. В связи с тем, что в последние несколько лет тяжесть запойных состояний резко возросла, был вынужден вызывать на дом нарколога «по газетной рекламе». Во время одного из визитов врач «оставил кучу таблеток и рассказал, как их нужно принимать». В течение короткого времени пациент принял все таблетки чтобы «побыстрее прийти в себя». В результате «состояние нормализовалось». Повысилось настроение, появилось благодушие, беззаботность, расторможенность, снижение чувства дистанции. Пациент выяснил название таблеток, оставленных врачом, и стал «по необходимости» их принимать. Во время приема имели место нарушение артикуляции, шаткая походка. Впоследствии наступал глубокий сон. Когда пациент вынужденно оказывался от приема таблеток, возникала выраженная тревога, меланхолическая и дисфорическая депрессия, нарушения сна. Через несколько лет от начала употребления таблеток у больного появились расстройства памяти, снижение критики.

1. Определите синдромальный диагноз
2. Определите нозологическую принадлежность и стадию болезни
3. Какой группой ПАВ злоупотребляет больной?
4. Назовите нейрохимический феномен, лежащий в основе формирования описанной патологии
5. Относится ли данное вещество к наркотикам?

Задача 36

Пациент психиатрического стационара, С.Н., 39 лет, злоупотребляет алкоголем в течение 15 лет, 5 лет опохмеляется. По словам жены, последние 2 года пил запоями по 3-5 дней. На фоне простудного заболевания у больного после прекращения выпивки (больному необходимо было выйти на работу), у него внезапно появились тревога, беспокойство, страх, нарушился сон (практически перестал спать). На третий день после прекращения алкоголизации вечером, закрыв глаза, стал видеть мух, пауков, «каких-то других мерзких насекомых». В ужасе открывал глаза, и тогда все исчезало. На следующий день утром чувствовал себя лучше, но к вечеру вновь стал видеть мух и пауков, на этот раз уже и с открытыми глазами, чувствовал, как они ползают по коже, кусают его, через некоторое время с удивлением заметил, что в комнате появились куры и мыши, которые стали преследовать его. Он прятался, бегал, кричал, решил повеситься, но не мог сообразить, как это лучше сделать. Затем стал слышать голоса неизвестных мужчин за дверью, сговаривающихся его убить. Обращался к близким: «Слышите, что они говорят? Не пускайте их в дом», при этом испытывал сильный страх, не реагировал и не понимал смысла обращений к нему. Родственники вызвали скорую помощь. Был госпитализирован психиатрической бригадой. В момент госпитализации был резко возбужден, весь дрожал, был покрыт холодным потом.

1. Определите синдромальный диагноз
2. Определите нозологическую принадлежность и стадию болезни
3. Опишите нейрохимическую основу патогенеза состояния отмены алкоголя
4. Определите вероятную медикаментозную и психотерапевтическую тактику
5. Как квалифицируется состояние больного, послужившее непосредственным поводом к госпитализации?

Задача 37

В приемный покой наркологического стационара доставлен пациент А. З., 20 лет. Больной был подобран на улице. В больницу доставлен на носилках. Контакт недоступен. Неподвижен, на внешние и болевые раздражители не реагирует. Из рта - запах алкоголя. В ротовой полости – остатки рвотных масс. Кожные покровы бледные, цианотичные. Кожа влажная. Температура 35 С, артериальное давление – 86/40 мм.рт.ст., дыхание поверхностное, редкое (8-10 в мин.). Реакция зрачков на свет, сухожильные и кожные рефлексы отсутствуют. Отмечаются тонические судороги жевательных и затылочных мышц.

1. Определите синдромальный диагноз
2. Определите терапевтическую тактику

Задача 38

Больной П., 18 лет, с 13 лет курит марихуану, употребляет «дискоотечные наркотики». В 16 лет в драке получил тяжелую черепно-мозговую травму, после которой длительное время испытывал утомляемость и головные боли. Стал употреблять также водку и пиво. Однажды пришел домой в опьянении: испытывал страх, который сменялся экстатическим состоянием, заявлял, что может проникнуть «в суть всех вещей», что мысли «переполняют» его, испытывал устрашающие зрительные галлюцинации, окружающее видел «в ярком свете», высказывал суицидальные мысли. На следующий день указанные симптомы исчезли. Признался, что накануне принимал «какие-то таблетки».

1. Установите диагноз в соответствии с МКБ.
2. Каков характер употребления психоактивных веществ?
3. К какой группе (с юридической точки зрения) относятся используемые больным препараты, помимо алкоголя?
4. Какие расстройства восприятия были у больного?
5. Определите вероятную медикаментозную и психотерапевтическую тактику

Задача 39

Пациент психиатрического отделения, 46 лет, слесарь. В анамнезе имеются сведения о длительной и интенсивной алкоголизации.

Психический статус: находится на стационарном лечении около 4-х месяцев. Первые 2-3 недели был временами несколько тревожен и растерян; знал, что находится в больнице, не мог сказать в какой, не правильно назвал день, месяц, год. Не мог запомнить имя, отчество лечащего врача. В беседах иногда утверждал, что у него на банковском счете около 10 миллионов, что он собирается в кругосветное путешествие, чтобы привести себя в норму. При этом был эйфоричен и благодушен, старался обольстить “своими богатствами” женщин из числа медицинского персонала. Временами впадал в гневливость (особенно при недоверии к его высказываниям) и переставал отвечать на вопросы, однако уже через несколько минут забывал об этом. Постепенно запомнил имя и отчество лечащего врача, но постоянно путался в датах и не мог правильно оценить продолжительность своего пребывания в больнице. При расспросах иногда давал не соответствующую действительности информацию: то был на свадьбе, где все пили, пели и плясали, то собирается поступать на учебу в ВУЗ. Обстановкой отделения не тяготится, беспечен.

Соматический статус: Жалобы на плохой аппетит, отвращение к жирной пище, урчание и вздутие живота, значительное похудание и выпадение волос на голове. При осмотре: среднего роста, пониженного питания (кахектичен), кожа сухая и шелушащаяся, сосудистые звездочки местами, язык красный (“лакированный”). Склеры глаз иктеричны. При пальпации обнаруживается увеличенная и болезненная печень.

Неврологический статус: лицо гипомимичное. Зрачки узкие, вяло реагируют на свет, отмечается горизонтальный крупноразмашистый нистагм. Сухожилия и рефлексы на нижних конечностях повышены с расширением рефлексогенных зон. Гипергидроз дистальных отделов конечностей. Грубо нарушено равновесие: шаткая и неуверенная походка. Тремор пальцев вытянутых рук падает в позе Ромберга.

1. Определите синдромальный диагноз
2. Определите нозологическую принадлежность и стадию болезни
3. Опишите нейрохимическую основу патогенеза состояния
4. Определите вероятную терапевтическую тактику

Задача 40

При интоксикации психоактивным веществом, вводимым интраназально, у пациента появляется выраженная двигательная активность, отсутствует чувство усталости. Препарат вводится регулярно в течение нескольких часов и даже дней. При увеличении дозы может возникнуть состояние, близкое к делирию, онейроиду, а также судорожные припадки. После прекращения приема, через несколько дней, появляется глубокая депрессия. Стимулирующая активность данного вещества настолько высока, что больной вынужден прибегать к комбинированному приему седативных препаратов, в том числе опиатов.

1. Какое психоактивное вещество предположительно употребляет больной?
2. Какой ведущий симптом обнаруживается в структуре абстиненции?
3. В чем главная опасность абстинентного состояния при употреблении этого психоактивного вещества?
4. К какому классу (клинически и юридически) относится это вещество?

Задача 41

Пациент психиатрического стационара, М.З., 42 лет, столяр. Употребляет алкоголь с 14 лет. Последние 20 лет опохмеляется. Год назад после завершения запоя услышал голос соседа из-за стены, который грозил ему убийством, ругал за пьянство, за вред, который он причиняет семье. Утром голос исчез. Эпизод не повторялся до последнего времени, когда после двухнедельного запоя работе, услышал голос брата. Брат окликнул его, затем стал звать на помощь, плакал, говорил, что на него напали, забрали все деньги. Больной побежал в милицию, где стал просить спасти брата, поймать нападавших. Сотрудники полиции вызвали специализированную психиатрическую бригаду. При врачебном осмотре: ориентирован, уверяет, что он здоров. Говорит, что слышит мужские и женские голоса, которые называют его пьяницей, развратником. Грозят смертной казнью. Другие голоса защищают его, приглашают выпить. Испытывает страх, боится, что с ним расправятся. После госпитализации и назначения терапии через день состояние больного стало улучшаться. Исчезли голоса, страх, появилась критика к своему состоянию. В то же время, обнаруживал внушаемость, легкость в оценках, хвастливость, склонность к неуместным шуткам. **Соматическое состояние** – без грубой патологии. **Неврологически** – тремор рук, повышенная рефлексорная возбудимость.

1. Определите синдромальный диагноз
2. Определите нозологическую принадлежность и стадию болезни
3. Определите вероятную медикаментозную и психотерапевтическую тактику
4. Как квалифицируется состояние больного, послужившее непосредственным поводом к госпитализации?

Задача 42

Пациент М.И., 42 лет, кинокритик. Обратился за консультацией знакомому психологу с жалобами на необычное состояние, которое сопровождало его в последние несколько дней, в течение которых, особенно вечерами, чувствовал себя крайне тревожно, никак не мог уснуть, непрерывно ходил по комнатам: казалось, что в доме кто – то есть. Открыв дверь в ванной, четко разглядел стоящего у двери человека с седой бородой в чалме и длинном восточном одеянии. Схватил его, но обнаружил, что держит

банный халат. Отправился в спальню и у окна увидел того же восточного человека, бросился к нему, но понял, что это штора. Лег, но не мог уснуть. Заметил, что цветы на обоях в спальне стали выпуклыми, начали вырастать из стены и превращаться в ползущих к нему змей и насекомых необычного размера. В панике выбежал из комнаты, но потом «взял себя в руки», вернулся в спальню.

1. Определите синдромальный диагноз
2. Определите вероятную нозологическую принадлежность и стадию болезни
3. Определите вероятную медикаментозную и психотерапевтическую тактику

Задача 43

Больной С. К., 27 лет, употребляет героин на протяжении 5 лет в возрастающих дозах. В последнее время регулярно принимал по 1,5 грамма наркотика в сутки, но из-за сложившихся обстоятельств (отсутствие денег) прекратил прием наркотика. При поступлении в наркологический стационар предъявляет жалобы на резкие боли во всем теле, неприятные ощущения в сердце и желудке, тошноту и понос. Находится в состоянии двигательного беспокойства, на вопросы отвечает раздраженно, постоянно просит дать ему какое-нибудь лекарство, чтобы облегчить состояние. Просит выпустить ненадолго, чтобы дойти до магазина и купить все необходимое (сигареты, еду). Упрекает персонал в бездушии и отсутствии гуманизма.

1. Определите синдромальный диагноз
2. Опишите нейрохимическую основу патогенеза синдрома отмены героина
3. Определите вероятную медикаментозную и психотерапевтическую тактику

Задача 44

Подросток М., 16 лет, ученик 9 класса, доставлен в стационар специализированной бригадой скорой помощи в связи с нарастающим состоянием тревоги и моторного возбуждения. В приемном покое не узнавал окружающих, не знал, где он находится, говорил об «инопланетянах», «монстрах», «киборгах», но более подробной и связной информации получить не удалось. При осмотре – зрачки узкие, походка неустойчивая, АД 90/60 мм.рт.ст., температура нормальная. Со стороны внутренних органов без особенностей. В стационаре после медикаментозной терапии спал на протяжении 12 часов. На следующий день психическое состояние изменилось. Ориентирован полностью, рассказал о пережитом накануне эпизоде: вечером, будучи в компании, употреблял вещество, после которого ему стало весело, хохотал, а затем почувствовал, что оказался «то ли на летающей тарелке, то ли в ракете и был в космосе, кругом будто было голубое небо и яркие звезды». Как привезли в больницу, не помнит. Утром больной контактен, поведение правильное. Критичен. Со слов матери в последние 2 года стал плохо учиться в школе, пропускал занятия, уходил из дома. Приобщился к асоциальной компании. Мать стала подозревать, что он, помимо курения обычных сигарет (курит с 12 лет), употребляет и другие какие-то вещества. Она замечала неустойчивую походку, «мутный взгляд», сонливость. В таком состоянии испытывал сильное чувство голода («опустошал холодильник»).

1. Какое вещество принимал больной?
2. Какие виды аффективных расстройств отмечались у больного?
3. Какие симптомы входят в состав наблюдаемых расстройств?
4. К какому типу (с клинической и юридической точки зрения) относится данное психоактивное вещество?
5. Определите вероятную медикаментозную и психотерапевтическую тактику

Задача 45

Пациент К. М., 46 лет, госпитализирован в психиатрический стационар через 4 дня после очередного запоя, когда со слов родственников, резко возросла тревога, появились отрывочные зрительные галлюцинации, которые держали больного в постоянном напряжении, моторное возбуждение. В стационаре состояние перманентно ухудшалось. Больной находился в пределах постели, речь стала бессвязной, перебирал руками одеяло. Через несколько дней перестал отвечать на вопросы, постоянно лежал, все рефлексы отсутствовали, кроме зрачкового. После проведения медикаментозного лечения в условиях палаты интенсивной терапии психотические явления постепенно редуцировались. После выхода из психоза обнаружилось резкое снижение памяти, нарушение речи, постоянные головные боли.

1. Определите синдромальный диагноз
2. Определите вероятную нозологическую принадлежность и стадию болезни
3. Определите вероятную терапевтическую тактику

Задача 46

Больной М.С., 23 лет, студент колледжа поступил в наркологический стационар после вынужденного прекращения приема вещества, вводимого внутривенно. В стационаре отмечаются насморк, слезо- и слюнотечение, чихание, мучительные, длительные болевые ощущения в костях и суставах. Абстиненция протекала крайне тяжело и проявлялась болью в желудке и крупных суставах, трудностью засыпания. Большей частью больной был возбужден, тревожен, неусидчив, отмечались приступы агрессии, подавленность, озноб и профузная потливость, мелкий тремор конечностей, судороги мышц, был зафиксирован однократный эпилептиформный припадок. Опынение, со слов больного проявлялось в виде седации, чувства радости, «блаженства», сопровождалось сонливостью.

1. Какое психоактивное вещество предположительно употребляет больной?
2. К какому классу (клинически и юридически) относится это вещество?
3. Опишите нейрохимическую основу патогенеза синдрома отмены
4. Определите вероятную медикаментозную и психотерапевтическую тактику

Задача 47

Пациент Б.Ю., 45 лет, бывший квалифицированный рабочий - фрезеровщик. На приеме у психиатра-нарколога по настоянию дочери. Длительное время злоупотребляет алкоголем. Последние 7 лет на работе не удерживается. Жена ушла жить в семью дочери. Пациент собирает бутылки и сдает их, на вырученные деньги покупает дешевое вино или суррогаты, которые употребляет небольшими порциями, быстро пьянеет и засыпает. Психический статус: внешний вид неряшливый. Сведения о себе сообщает с трудом. Говорит, что многое не помнит. Лечиться не хочет. Заявляет "все равно умирать скоро". Из анамнеза: в течении нескольких последних лет выпивал до 500-700 мл. водки почти

ежедневно. На следующий день после выпивки был неспособен, так как поднималось АД, сильно болела голова, дрожали руки. Был переведен в подсобные рабочие, но вскоре совсем забросил работу. От лечения у наркологов отказывался. Соматический статус: Пастозность лица, нижних конечностей. Тоны сердца приглушены, акцент второго тона на верхушке. АД 170/100. В легких жесткое дыхание, рассеянные сухие хрипы (курит), живот слегка вздут. Область печени болезненна при пальпации, Край печени пальпируется на 2 см. ниже края реберной дуги. Неврологический статус: явления хронической алкогольной интоксикации нервной системы с начальными признаками полиневрита. Очаговой симптоматики нет.

1. Определите синдромальный диагноз
2. Определите вероятную нозологическую принадлежность и стадию болезни
3. Определите вероятную терапевтическую тактику

Задача 48

Пациент психиатрического стационара, В.З., 42 лет, токарь. Употребляет алкоголь с 14 лет. Последние 20 лет опохмеляется. На лечение поступил в состоянии алкогольного опьянения. На следующий день испытывал беспокойство, раздражительность, ощущения подергивания отдельных мышц лица и тела. Жаловался на расстройства в виде сердцебиений, чувства тяжести в голове, светобоязни, ухудшения слуха, нарушения обоняния и вкуса. На четвертый день пребывания в стационаре внезапно потерял сознания, упал в коридоре лицом вперед, сломав при этом скуловую кость. Падение сопровождалось (со слов очевидцев) душераздирающим криком. Во время приступа зрачки не реагировали на свет, были расширены, дыхание остановилось, появилась синюшность (цианоз) кожных покровов, непроизвольное испускание мочи. Через 40 секунд отмечены клонические судороги. Появилось хриплое, клочущее дыхание, глаза закатились, цианоз постепенно исчез. Появилась кровавая пена на губах. Через 1-2 мин судороги ослабели и прекратились вовсе. Около 1,5 часов сознание больного в это время оставалось нарушенным, речь бессвязная, взгляд блуждающий. Затем наступил глубокий сон. Проснувшись, чувствовал себя разбитыми, ослабленным, неспособными к труду.

1. Определите синдромальный диагноз
2. Определите вероятную нозологическую принадлежность и стадию болезни
3. Определите вероятную медикаментозную тактику

Задача 49

Больной К.С. К., 23 года, бывший спортсмен (стрельба из лука) употреблял героин на протяжении последних 5 лет в возрастающих дозах. В последнее время ежедневно принимал по 1,0 грамму наркотика в сутки, но из-за сложившихся обстоятельств (отсутствие денег) прекратил наркотизацию, заперся дома (живет один), отключил телефоны. На вторые сутки со слов больного появились резкие боли во всем теле, неприятные ощущения в сердце и желудке, тошнота и понос. Сон практически отсутствовал. Находился в состоянии двигательного беспокойства, сутки напролет ходил из угла в угол, «не находил себе места». Тяжесть состояния оценивал серьезно: «думал сдохну», но за помощью не обращался, поскольку считал оправданным пережить «в полной мере наказание за собственную глупость». Никаких медикаментозных средств не принимал. Начиная с 4 дня, симптоматика постепенно редуцировалась. К 6 дню чувствовал себя «сносно», но на протяжении следующих недель (вплоть до момента обращения к наркологу) чувствовал подавленность, «пресность» и «обесцвеченность» жизни. Обратился за помощью к наркологу, т.к. боялся срыва и возобновления наркотизации.

1. Определите синдромальный диагноз
2. Оцените степень терапевтической мотивации пациента
3. Определите вероятную медикаментозную и психотерапевтическую тактику
4. Опишите нейрохимические и патофизиологические механизмы патогенеза состояния

Задача 50

Подросток Н., учащийся 9 класса общеобразовательной школы растет в семье, где отец и мать являются зависимыми от производных опия и регулярно употребляют героин или метадон. В мировоззренческой модели подростка наркотикам отводится важное место, как неперменной составной части жизни продвинутого современного человека, в уличных драках он получил как минимум две серьезные черепно-мозговые травмы, после которых стал жаловаться на головные боли и снижение памяти; в референтной группе подростка 1 место отводится Бобу Марли; входит в состав дворовой команды, все члены которой употребляют те или иные наркотики; имели место эпизодические пробы наркотических веществ, которые произвели на подростка неизгладимое впечатление («меня зацепило»)

1. Опишите нейрохимические и физиологические механизмы состояния
2. Оцените шансы избежать системы наркопотребления
3. Определите возможные варианты вмешательства в судьбу подростка

Фонд тестовых заданий

1. Правильным определением социальной гигиены как науки является

П оле для выбора ответа	Варианты ответов	Пол е для отметки правильного ответа (+)
1	социальная гигиена - наука об общественном здоровье и здравоохранении	+
2	социальная гигиена - наука о социальных проблемах медицины и здравоохранения	
3	социальная гигиена - система мероприятий по охране здоровья населения	

2. Общественное здоровье характеризуют все перечисленные показатели, кроме

П оле для выбора ответа	Варианты ответов	Пол е для отметки правильного ответа (+)
1	трудовой активности населения	+
2	заболеваемости	
3	инвалидности	
4	демографических показателей	
5	физического развития населения	

3. Уровень общей смертности населения в нашей стране в 1994 г. находился в пределах

П оле для выбора ответа	Варианты ответов	Пол е для отметки правильного ответа (+)
1	от 5 до 10 промилле	+
2	от 11 до 15 промилле	
3	от 16 до 20 промилле	

4. Уровень младенческой смертности в нашей стране в 1994 г. находился в пределах

П оле для выбора ответа	Варианты ответов	Пол е для отметки правильного ответа (+)
1	от 10 до 15 промилле	+
2	от 16 до 20 промилле	
3	от 20 до 25 промилле	
4	свыше 25 промилле	

5 По характеру повреждения головного мозга при черепно-мозговой травме выделяют

Варианты ответов

1 коммоцию	
2 контузию	
3 компрессию	
4 все перечисленное	+

6 При легкой степени тяжести черепно-мозговой травмы выявляется все перечисленное, кроме

Варианты ответов

1 первоначального отключения сознания длительностью несколько часов	+
2 скоропреходящей астении	
3 отсутствия последующего оглушения или наличия легкой обнубиляции	
4 ретроградной амнезии, распространяющейся только на момент травмы и ближайшие к ней периоды времени (часы)	
5 возможности отсутствия жалоб на плохое самочувствие или наличия отдельных общемозговых симптомов в остром периоде	

7 При средней степени тяжести черепно-мозговой травмы выявляется все перечисленное, кроме

Варианты ответов

1 первоначального отключения сознания длительностью от нескольких минут до нескольких часов	
2 последующей обнубленияции, сохраняющейся от 1-2 часов до 1-2 дней	
3 ретроградной амнезии, охватывающей события нескольких дней, возможности антероградной амнезии	
4 возможности возникновения в остром периоде только легкой астении	+
5 разнообразных церебрально-органических жалоб, снижения запоминания, трудности воспроизведения в остром периоде	

8 При тяжелой черепно-мозговой травме

Варианты ответов

1 наступает сопор или кома продолжительностью несколько суток	
2 постоянны мнестические нарушения (антероградная, ретроградная, фиксационная амнезия)	
3 в остром периоде возникают выраженные проявления психоорганического синдрома	
4 верно все перечисленное	+
5 неверно все перечисленное	

9 При закрытой черепно-мозговой травме

Варианты ответов

1 содержимое внутричерепной полости не испытывает воздействия внешней среды	
2 целостность мягких покровов обязательно сохранена	
3 целостность мягких покровов может	

быть нарушена, но рана не должна проникать глубже апоневроза	
4 содержимое внутричерепной полости может испытывать воздействия внешней среды	
5 верно а) и в)	+

10 При открытой черепно-мозговой травме имеет место все перечисленное, кроме

Варианты ответов

1 нарушения замкнутости внутричерепной полости	
2 сообщения внутричерепной полости с внешней средой	
3 отсутствия повреждения твердой мозговой оболочки и вещества мозга	+
4 повреждений мягких покровов, включая апоневроз	
5 повреждений костей черепа	

11 При черепно-мозговой травме выделяют все перечисленные этапы, кроме

Варианты ответов

1 острейшего	
2 острого	
3 подострого	+
4 реконвалесценции	
5 отдаленных последствий	

12 Для острого периода коммоции головного мозга характерно все перечисленное, кроме

Варианты ответов

1 головокружения	
2 тошноты, рвоты	
3 вазомоторно-вегетативных расстройств	
4 астении	
5 локальных неврологических симптомов (параличей, парезов, анестезий, гиперстезий)	+

13 Для острого периода контузии головного мозга характерны

Варианты ответов

1 локальные неврологические симптомы	
2 менингеальные симптомы	
3 корковые очаговые расстройства	
4 все перечисленные симптомы	+
5 ни один из перечисленных симптомов	

14 Посттравматическая астения

Варианты ответов

1 является постоянным симптомом перенесенной черепно-мозговой травмы	+
2 возникает только при коммоциях головного мозга	
3 возникает только при контузиях головного мозга	
4 является непосредственным симптомом	
перенесенной черепно-мозговой травмы	
5 возникает только при открытых черепно-мозговых травмах	

15 О тяжести посттравматической астении свидетельствует

Варианты ответов

1 выраженный адинамический компонент	+
2 возбудимость, гиперестезия	
3 поверхностный сон	
4 слабодушие	
5 обилие соматических жалоб	

16 Посттравматическая астения обычно сочетается

Варианты ответов

1 с головокружением, головной болью	
-------------------------------------	--

2 с тошнотой, рвотой	
3 с нистагмом, ослаблением конвергенции	
4 со всем перечисленным	+
5 ни с чем из перечисленного	

17 Сумеречным состоянием острого периода черепно-мозговой травмы свойственно

Варианты ответов

1 психомоторное возбуждение	
2 дезориентировка	
3 стереотипность движений	
4 все перечисленное	+
5 верно а) и в)	

18 Возможны следующие варианты сумеречных состояний острого периода черепно-мозговой травмы

Варианты ответов

1 с преобладанием инкогерентности (близкие к аментивным)	
2 с эпилептиформным возбуждением, галлюцинациями, бредом, брутальным аффектом	
3 с псевдодементно-пуэрильным поведением	
4 со всем перечисленным	+
5 верно а) и б)	

19 Возможны следующие варианты сумеречных состояний острого периода черепно-мозговой травмы

Варианты ответов

1 с внешне упорядоченными последовательными действиями	
2 с сонливостью и обездвиженностью	
3 "с легчайшими изменениями сознания", близкими по клинике к ориентированным сумеречным состояниям	
4 все перечисленные	+
5 верно а) и б)	

20 По выходе из сумеречного состояния острого периода черепно-мозговой травмы

Варианты ответов

1 всегда наблюдается амнезия периода сумерек	
2 возможно выздоровление	
3 возможен переход в Корсаковский синдром	
4 верно все перечисленное	+
5 ничего из перечисленного	

21 Делирий острого периода черепно-мозговой травмы характеризуется всем перечисленным, кроме

Варианты ответов

1 развития преимущественно у лиц, злоупотребляющих алкоголем	
2 частого возникновения после оглушения или конфабуляторной спутанности	
3 возможности возникновения остро, спустя недели после восстановления сознания под действием дополнительной вредности	
4 возникновения, как правило, в утреннее и дневное время	+
5 периодического прерывания люцидными промежутками	

22 Для делирия острого периода черепно-мозговой травмы свойственно

Варианты ответов

1 яркие зрительные галлюцинации	
2 аффект страха и тревоги	
3 фрагментарность воспоминаний в периоде психоза	
4 все перечисленное	+
5 верно а) и в)	

23 Для делирия острого периода черепно-мозговой травмы свойственно

Варианты ответов

1 преимущественно вербальные галлюцинации	
2 кататонические расстройства	
3 отсутствие воспоминания о периоде психоза	

4 все перечисленное	
5 ничего из перечисленного	+

24 Онейроидные состояния острого периода черепно-мозговой травмы характеризуются всем перечисленным, кроме

Варианты ответов

1 более редкого возникновения по сравнению с сумеречными состояниями и делирием	
2 возникновения в первые дни черепно-мозговой травмы	
3 постепенного выхода через период ложных узнаваний, отрывочных бредовых идей	+
4 возникновения на фоне легкой сонливости и обездвиженности и последующего критического обрыва	

25 Онейроид острого периода черепно-мозговой травмы характеризуется всем перечисленным, кроме

Варианты ответов

1 сохраняющихся воспоминаний о психотических переживаниях	
2 переживаний фантастического характера, чередующихся с переживаниями обыденного содержания	
3 благодушно-эйфорического или экстатического аффекта	
4 наличия метаморфозов, расстройств схемы тела	
5 неоднократного повторного возникновения на протяжении острого периода черепно-мозговой травмы	+

26 Корсаковский синдром острого периода черепно-мозговой травмы характеризуется всем перечисленным, кроме

Варианты ответов

1 затяжного течения	
2 возникновения в основном после тяжелых черепно-мозговых травм	
3 возможности возникновения сразу после периода оглушения	
4 возможности возникновения после сумеречного или делириозного состояния	

5 большей стойкости после коммоций, чем после контузий	+
--	---

27 Корсаковский синдром острого периода черепно-мозговой травмы характеризуется

Варианты ответов

1 фиксационной амнезией	
2 антероградной амнезией	
3 ретроградной амнезией	
4 всем перечисленным	+
5 верно б) и в)	

28 Корсаковский синдром острого периода черепно-мозговой травмы характеризуется всем перечисленным, кроме

Варианты ответов

1 дезориентировки во времени	
2 неполной ориентировки в месте	
3 возникновения конфабуляций и псевдореминесценций	
4 постоянно помраченного сознания	+
5 лабильности аффекта	

29 Конфабуляции при Корсаковском синдроме острого периода черепно-мозговой травмы

Варианты ответов

1 выражены слабее, чем при алкогольном Корсаковском психозе	
2 могут иметь ипохондрическое содержание	
3 могут иметь экспансивное содержание	
4 верно все перечисленное	+
5 ничего из перечисленного	

30 Аффективные расстройства в остром периоде черепно-мозговой травмы характеризуются

Варианты ответов

1 редкостью возникновения	
2 острым развитием дисфорий, депрессий, маний	
3 симптомами "рауша"	

4 ничем из перечисленного	
5 всем перечисленным	+

31 Маниакальные состояния острого периода черепно-мозговой травмы характеризуются всем перечисленным, кроме

Варианты ответов

1 эйфорического оттенка настроения	
2 двигательного возбуждения	
3 мориоподобных расстройств	
4 нестойких экспансивных идей величия	
5 высокой продуктивности	+

32 В маниакальных состояниях острого периода черепно-мозговой травмы возможно возникновение

Варианты ответов

1 симптомов "рауша"	
2 конфабуляций экспансивного характера	
3 вялости, аспонтанности	
4 всего перечисленного	+
5 ничего из перечисленного	

33 Депрессивные состояния острого периода черепно-мозговой травмы характеризуются всем перечисленным, кроме

Варианты ответов

1 обязательного возникновения витальной тоски	+
2 заторможенности	
3 тревоги, страха	
4 дисфорической окраски аффекта	
5 возникновения у части больных конфабуляций	

34 Пароксизмальные состояния острого периода черепно-мозговой травмы могут быть представлены

Варианты ответов

1 ауруподобными состояниями	
2 пролонгированными абсансами	
3 особыми состояниями со сменой чувств страха и счастья	
4 всем перечисленным	+
5 верно только а) и в)	

35 Симптомами внутричерепного кровоизлияния при черепно-мозговой травме являются все перечисленные, кроме

Варианты ответов

1 возникновения головной боли после "светлого" промежутка, следующего за черепно-мозговой травмой	
2 рвоты	
3 гиперемии лица	
4 "гусиной" кожи	
5 возникновения возбуждения	+

36 При внутричерепном кровоизлиянии после черепно-мозговой травмы наблюдается все перечисленное, кроме

Варианты ответов

1 артериальной гипертензии	+
2 ликворной гипертензии	
3 тахикардии	
4 крови в ликворе	
5 застойных явлений на глазном дне	

37 При внутричерепном кровоизлиянии после черепно-мозговой травмы возможно возникновение

Варианты ответов

1 припадков джексоновского типа	
2 параличей, парезов, афазии	
3 менингеальных симптомов	
4 всего перечисленного	+
5 ничего из перечисленного	

38 На стороне внутричерепного кровоизлияния после черепно-мозговой травмы обычно выявляется все перечисленное, кроме

Варианты ответов

1 птоза	
2 энофтальма	+
3 расходящегося косоглазия	
4 расширения зрачков	
5 исчезновения реакции зрачка на свет	

39 Жировая эмболия после черепно-мозговой травмы может быть диагностирована по всем перечисленным признакам, кроме

Варианты ответов

1 застойных явлений на глазном дне	
2 кожных петехий над ключицей и в области затылка	
3 присутствия жира в ликворе	
4 повышения содержания гемоглобина в крови	+
5 возникновения бронхопневмонии	

40 При открытой черепно-мозговой травме с повреждением вещества мозга в начальном периоде

Варианты ответов

1 развивается состояние сопора	
2 возможна смерть в ближайшие часы или 1-2 дня при наличии признаков повреждения мозгового ствола	
3 при ослаблении оглушенности могут возникать состояния хаотического возбуждения	
4 верно все перечисленное	+
5 верно а) и в)	

41 При завершении начального периода открытой черепно-мозговой травмы

Варианты ответов

1 очаговые неврологические симптомы преобладают над психическими, возможны менингеальные расстройства	+
2 психические симптомы преобладают над очаговыми неврологическими	
3 менингеальные расстройства никогда не наблюдаются	
4 астения выражена нерезко	

42 В остром периоде открытой черепно-мозговой травмы может наблюдаться

Варианты ответов

1 сумеречное помрачение сознания	
2 Корсаковский синдром	
3 мориоподобные состояния	
4 все перечисленное	+
5 ничего из перечисленного	

43 В остром периоде открытой черепно-мозговой травмы может наблюдаться

Варианты ответов

1 псевдопаралитические состояния	
2 эпилептиформные припадки	
3 гнойные менингиты и менингоэнцефалиты	
4 все перечисленное	+
5 верно б) и в)	

44 При баротравме головного мозга

Варианты ответов

1 утрата сознания происходит до того, как пораженный услышал взрыв	
2 до падения ощущается удар упругим телом в области затылка	
3 бессознательное состояние, развивающееся в начальном периоде, обычно кратковременно	
4 верно все перечисленное	+
5 верно а) и б)	

45 В начальном периоде баротравмы головного мозга у больных отмечается

Варианты ответов

1 утрата сознания	
2 пониженный тонус мускулатуры	
3 кровотечение из носа, ушей, горла	
4 все перечисленное	+
5 ничего из перечисленного	

46 В легких случаях баротравмы головного мозга психические расстройства острого периода проявляются

Варианты ответов

1 неглубокой астенией	
2 вегетативно-вестибуляторными расстройствами	
3 проявлениями сурдомутизма в виде затруднения произнесения слов	
4 всем перечисленным	+
5 верно б) и в)	

47 В тяжелых случаях баротравмы головного мозга психические расстройства острого периода характеризуются всем перечисленным, кроме

Варианты ответов

1 ухудшения состояния в дневное время и, особенно, утреннее время	+
2 адинамической астении	
3 мучительного физического и психического дискомфорта, раздражительности, дисфории	
4 гиперестезии	
5 выраженных вегетативных и вестибулярных расстройств	

48 В тяжелых случаях баротравмы головного мозга психические расстройства острого периода проявляются всем перечисленным, кроме

Варианты ответов

1 проявлений синдрома психического автоматизма	+
2 образного ментизма перед засыпанием	
3 бессонницы	
4 сновидения с устрашающей тематикой	
5 сурдомутизма	

49 При редукции проявлений острого периода баротравмы головного мозга имеет место все перечисленное, кроме

Варианты ответов

1 восстановления слуха после восстановления речи	+
2 постепенного восстановления слуха	
3 обычно внезапного восстановления речи	

4 возможной смены мутизма заиканием или афонией	
5 восстановления речи после тех или иных сильных эмоциональных воздействий	

50 Аффективным расстройствам в период редукции симптомов острого периода баротравмы головного мозга у лиц моложе 30 лет свойственно все перечисленное, кроме

Варианты ответов

1 повышенного настроения с беспечностью	
2 расторможенности влечений	
3 депрессии с апатией и вялостью	+
4 импульсивных поступков	
5 дисфорических проявлений	

51 Для аффективных расстройств в период редукции острого периода баротравмы головного мозга у лиц зрелого возраста характерно все перечисленное, кроме

Варианты ответов

1 депрессивного аффекта	
2 раздражительности до злобности	
3 гиперстезии	
4 апатии	
5 эйфорически-благодушного фона настроения	+

52 Пароксизмальные расстройства у лиц, перенесших баротравму головного мозга, характеризуются всем перечисленным, кроме

Варианты ответов

1 возникновения на фоне вспышки раздражения	
2 судорожных припадков	+
3 закатывания глаз	
4 двигательных (несудорожных) припадков	
5 наличия астении в постприпадочном периоде	

53 Сумеречные состояния при баротравме головного мозга характеризуются

Варианты ответов

1 резким двигательным возбуждением	
2 грубыми поступками	
3 выраженными вазовегетативными расстройствами	
4 всем перечисленным	+
5 ничем из перечисленного	

54 Отдаленные последствия черепно-мозговой травмы зависят

Варианты ответов

1 от локализации травмы	
2 от тяжести травмы	
3 от возраста пострадавшего и его преморбидных особенностей	
4 от эффективности терапии	
5 от всего перечисленного	+

55 Травматическая астения проявляется всем перечисленным, кроме

Варианты ответов

1 реакции недовольства	
2 безразличия к своему состоянию	+
3 повышенной психической и физической утомляемости	
4 нерешительности, неверия в свои силы	
5 обидчивости	

56 Травматическая болезнь с астенией характеризуется всем перечисленным, кроме

Варианты ответов

1 отсутствия стойких нарушений сна	+
2 гиперстезии	
3 вазовегетативных расстройств	
4 церебрально-органических расстройств	
5 вестибулярных расстройств	

57 Ухудшение состояния больных с травматической астенией может быть обусловлено всем перечисленным, кроме

Варианты ответов

1 переутомления	
2 перепадов барометрического давления при изменении погоды	
3 неправильного питания	+
4 интеркуррентных заболеваний	
5 психических травм	

58 Травматической болезни с апатией свойственно все перечисленное, кроме

Варианты ответов

1 повышенной истощаемости с вялостью	
2 снижения побуждений, ограничения интересов	
3 развития после окончания острого периода и сохранения постоянно в дальнейшем	
4 возможности перехода в более легкую астению	
5 более легкого характера расстройства по сравнению с астенией и раздражительностью	+

59 Травматическая болезнь с эйфорией характеризуется всем перечисленным, кроме

Варианты ответов

1 частого развития после тяжелых черепно-мозговых травм	
2 частого развития дисмнестических расстройств	
3 развития корковых очаговых симптомов	
4 полной критики к своему состоянию	+
5 расторможенности низких влечений	

60 Травматическая болезнь с эпилептиформными пароксизмами характеризуется

Варианты ответов

1 возникновением только бессудорожных пароксизмов	
2 возможностью сочетания судорожных и бессудорожных пароксизмов	
3 возможностью развития дисфорических состояний	
4 невозможностью развития изменений личности по эпилептоидному типу	
5 верно б) и в)	+

61 Состояния помраченного сознания при травматической болезни возникают

Варианты ответов

1 чаще, когда преобладают судорожные пароксизмы	
2 чаще непосредственно после припадка	
3 внезапно, остро	
4 после дополнительных соматических вредностей вне связи с пароксизмами	
5 верно всё.	+

62 Дисфорические состояния при травматической болезни характеризуются

Варианты ответов

1 тоскливо-злобным аффектом	
2 сенестопатиями без определенной локализации	
3 гиперстезией	
4 всем перечисленным	+
5 верно а) и в)	

63 По мере течения травматической болезни с эпилептиформными расстройствами возможна следующая динамика (при преобладании больших судорожных припадков)

Варианты ответов

1 пароксизмы становятся более полиморфными	
2 отмечается появление в структуре личности эпилептических черт	
3 изменения личности определяются преимущественно психопатоподобными нарушениями с явлениями циркулярности	
4 не отмечаются сумеречные состояния вне связи с припадками	
5 верно а) и б)	+

64 По мере течения травматической болезни с эпилептиформными расстройствами возможна следующая динамика (при преобладании бессудорожных пароксизмов)

Варианты ответов

1 пароксизмы становятся более полиморфными	
2 отмечается появление в структуре личности эпилептических черт	

3 пароксизмы склонны к упрощению, а изменения личности определяются преимущественно психопатоподобными нарушениями с явлениями циркулярности	+
4 отмечаются сумеречные состояния вне связи с припадками	

65 К эндоформным психозам при травматической болезни относятся

Варианты ответов

1 аффективные психозы	
2 галлюцинаторно-бредовые психозы	
3 паранойяльные психозы	
4 все перечисленные	+
5 ни один из перечисленных	

66 Аффективные психозы при травматической болезни

Варианты ответов

1 представлены чаще маниями	
2 представлены чаще депрессиями, обычно однократными	
3 обычно возникают неоднократно с определенной периодичностью	
4 всегда протекают монополярно	
5 верно а) и в)	+

67 Аффективные психозы при травматической болезни

Варианты ответов

1 чаще развиваются спустя 10-20 лет после травмы	
2 чаще возникают у лиц зрелого возраста	
3 чаще возникают вслед за психогениями и соматогениями	
4 верно все перечисленное	+
5 неверно все перечисленное	

68 При аффективных психозах травматической болезни

Варианты ответов

1 первые приступы обычно наиболее тяжелые и сопровождаются обычно пом- рачением сознания	+
2 первые приступы наиболее легкие	

3 при маниях и биполярных психозах помрачение сознания может наблюдаться только в первых приступах	
4 при монополярных депрессивных психозах помрачение сознания часто наблюдается и в последующих, после первого, приступах	
5 верно все перечисленное	

69 Депрессии при травматической болезни

Варианты ответов

1 чаще развиваются постепенно, сопровождаясь дисфорией и слезливостью	+
2 чаще развиваются остро	
3 никогда не сопровождаются сверхценными и бредовыми ипохондрическими расстройствами	
4) обязательно сопровождаются отчетливым органическим снижением вплоть до развития дисмнестического слабоумия с псевдопаралитическими симптомами	

70 Мании при травматической болезни

Варианты ответов

1 чаще развиваются постепенно	+
2 чаще развиваются остро и характеризуются лабильностью клинических проявлений	
3 у молодых больных часто усложняются присоединением бредовых конфабуляций и идей величия	
4 сопровождаются незначительным органическим снижением	

71 Галлюцинаторно-бредовые психозы при травматической болезни

Варианты ответов

1 чаще возникают после черепно-мозговой травмы средней тяжести и тяжелых	
2 чаще возникают после легкой черепно-мозговой травмы	
3 возникают у больных без заметного органического снижения	
4 обычно развиваются вслед за соматическим неблагополучием	
5 верно а) и г)	+

72 Психические автоматизмы при галлюцинаторно-бредовых психозах травматической болезни обычно проявляются

Варианты ответов

1 слуховыми псевдогаллюцинациями	
2 симптомом открытости	
3 образным ментизмом	
4 всем перечисленным	+
5 ничем из перечисленного	

73 Для галлюцинаторно-бредовых психозов травматической болезни характерно все перечисленное, исключая

Варианты ответов

1 вербальный галлюциноз	
2 вербальные иллюзии	
3 растерянность	
4 гиперметаморфоз	
5 кинестетический вариант синдрома Кандинского	+

74 Организация помощи в остром периоде черепно-мозговой травмы включает

Варианты ответов

1 обязательную госпитализацию на срок не менее двух недель	
2 направление больных с проникающими ранениями черепа в нейрохирургические отделения	
3 проведение срочного ЭЭГ-исследования	
4 все перечисленное	+
5 верно а) и в)	

75 Больным с коммциями и контузиями головного мозга рекомендуется назначение в начальном периоде (при явлениях повышения внутричерепного давления)

Варианты ответов

1 дегидратационной терапии (сульфат магния внутримышечно, лазикс внутримышечно)	
2 спинномозговой пункции	
3 маннитола, мочевины - при признаках отека мозга	
4 всего перечисленного	+

5 ничего из перечисленного	
----------------------------	--

76 Психомоторное возбуждение и сумеречные состояния в остром периоде купируются применением

Варианты ответов

1 диазепама	+
2 амитриптилина	
3 лития карбоната	
4 пипортила	
5 всего перечисленного	

77 При галлюцинаторно-параноидных психозах острого периода черепно-мозговой травмы используют для лечения все перечисленное, кроме

Варианты ответов

1 галоперидола	
2 аминазина	
3 трифтазина	
4 пропазина	
5 грандоксина	+

78 В период реконвалесценции черепно-мозговой травмы для лечения используется все перечисленное, кроме

Варианты ответов

1 транквилизаторов	
2 неулептила	
3 сиднокарба	
4 трифтазина	+
5 ноотропила	

79 После выписки из стационара больные с черепно-мозговой травмой

Варианты ответов

1 должны оставаться под наблюдением невропатолога 6-12 месяцев и дольше	
2 после перенесенного психоза должны наблюдаться у психиатра	

3 должны избегать психического и физического перенапряжения	
4 верно все перечисленное	+
5 неверно все перечисленное	

80 Лечение астенических и психопатоподобных расстройств отдаленного периода черепно-мозговой травмы включает

Варианты ответов

1 профилактический отдых	
2 общеукрепляющую терапию	
3 дегидратационную терапию	
4 все перечисленное	+
5 верно а) и в)	

81 Для лечения астенических расстройств отдаленного периода черепно-мозговой травмы применяется (при преобладании возбудимости) все перечисленное, кроме

Варианты ответов

1 транквилизаторов	
2 барбитуратов	+
3 аминазина	
4 неулептила	
5 хлорпротиксена	

82 Для лечения астенических и психопатоподобных расстройств отдаленного периода черепно-мозговой травмы с преобладанием вялости, апатии, истощаемости применяется все перечисленное, кроме

Варианты ответов

1 центедрина	
2 сиднокарба	
3 настойки женьшеня, лимонника	
4 стрихнина	
5 пропазина	+

83 Реабилитационные мероприятия после завершения острого периода черепно-мозговой травмы включают

Варианты ответов

1 стимуляцию социальной активности больных	
2 трудовую переориентацию (временную или длительную)	

3 семейную психотерапию	
4 все перечисленное	+
5 ничего из перечисленного	

84 При сотрясении головного мозга легкой степени продолжительность временной нетрудоспособности составляет не менее

Варианты ответов

1. 1 недели	
2. 2 недель	
3. 1 месяца	+
4. 1.5-2 месяцев	
5. 3-4 месяцев	

85 При сотрясении головного мозга средней степени продолжительность временной нетрудоспособности составляет не менее

Варианты ответов

1. 1 недели	
2. 2 недель	
3. 1 месяца	
4. 1.5-2 месяцев	+
5. 3-4 месяцев	

86 При сотрясении головного мозга тяжелой степени продолжительность временной нетрудоспособности составляет не менее

Варианты ответов

1. 1 недели	
2. 2 недель	
3. 1 месяца	
4. 1.5-2 месяцев	
5. 3-4 месяцев	+

87 При ушибе головного мозга продолжительность временной нетрудоспособности составляет не менее

Варианты ответов

1. 4 месяцев	+
2. 4-5 месяцев.	
3. 6 месяцев	
4. 6-8 месяцев	

5. 1 года	
-----------	--

88 Трудоспособность больных в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы ограничена

Варианты ответов

1 при стойкой астении	
2 при синдромах психопатизации без снижения интеллекта	
3 благоприятно протекающей травматической эпилепсией	
4 всем перечисленным	+
5 ничем из перечисленного	

89 Больных с отдаленными последствиями черепно-мозговой травмы следует признать нетрудоспособными

Варианты ответов

1 в случаях нарастания тяжести психических нарушений	
2 при формировании выраженных изменений личности по органическому типу	
3 при учащении и утяжелении пароксизмальных расстройств	
4 во всех перечисленных случаях	+
5 ни в одном из перечисленных случаев	

90 К группе невменяемых относятся больные, перенесшие черепно-мозговую травму

Варианты ответов

1 с психопатоподобным синдромом	
2 с редкими эпилептиформными проявлениями	
3 с легкими церебрастеническими и психоорганическими нарушениями	
4 верно все перечисленное	
5 неверно все перечисленное	+

91 К группе вменяемых относятся больные, перенесшие черепно-мозговую травму

Варианты ответов

1 с выраженным слабоумием	
2 с травматическими психозами	
3 с тяжелыми дисфориями	

4 верно все перечисленное	
5 неверно все перечисленное	+

92 Понятие "первичное патологическое влечение к алкоголю" соответствует утверждению

Варианты ответов

1 активное стремление больных алкоголизмом к употреблению алкоголя вне интоксикации	+
2 неспособность больного прекратить употребление спиртных напитков в пределах алкогольного эксцесса, независимо от изначально выпитой дозы и ситуации	
3 неодолимое стремление больных продолжить выпивку после определенной дозы	
4 стремление к употреблению алкоголя на фоне психических расстройств после абзуса	

93 Наиболее общие свойства патологического влечения к алкоголю включают все перечисленное, кроме

Варианты ответов

1 изменения суждений больного	
2 направленности интересов, приобретающих мировоззренческий характер	
3 доминирующего характера поведения	
4 формирования жизненных позиций под влиянием влечения	
5 сохранения критики к своему состоянию и окружающему	+

94 Наиболее характерными сомато-вегетативными признаками, свидетельствующими об актуализации патологического влечения к алкоголю, являются все перечисленные, кроме

Варианты ответов

1 ощущения общего недомогание, слабости	
2 изменения аппетита	
3 ощущения жажды	
4 потливости	
5 уменьшения частоты курения	+

95 Для симптома ситуационно-обусловленного первичного влечения к алкоголю характерно все перечисленное, кроме

Варианты ответов

1 появления на начальных стадиях заболевания	
2 связи с ситуациями (различные семейные события, ситуации, имеющие отношения к профессиональной деятельности)	
3 оживленности, подъема настроения перед употреблением алкоголя	
4 невозможности предотвратить эксцесс с помощью социально-этических норм	+

96 Для симптома спонтанно-возникающего первичного патологического влечения с борьбой мотивов характерно все перечисленное, кроме

Варианты ответов

1 влечения, которое осознается больным со всей определенностью	
2 появления на этапе I-II, II ст. заболевания	
3 попыток больного бороться с желанием выпить	
4 постоянного присутствия в структуре влечения сенестопатических расстройств (чувство вкуса водки, жжение в области желудка)	+

97 Для актуализации симптома спонтанно возникающего первичного влечения без борьбы мотивов характерно все перечисленное, кроме

Варианты ответов

1 появления уверенности в возможности "нормальной выпивки"	+
2 оживления в ответ на алкогольные раздражители	
3 поиска ситуаций, связанных с употреблением алкоголя	
4 изменения аппетита	
5 ощущения внутренней физической тяжести	

98 Симптому первичного патологического влечения к алкоголю с характером неодолимости предшествуют все перечисленные признаки, исключая

Варианты ответов

1 отчетливое желание выпить	
-----------------------------	--

2 ощущение вкуса спиртного во рту, посасывания в желудке	
3 злобность, агрессивность больного при появлении препятствий к приему алкоголя	
4 тревогу, ожидание беды, неприятностей	+

99 Для симптома первичного патологического влечения к алкоголю, возникающего на фоне "пограничных состояний", характерно все перечисленное, кроме

Варианты ответов

1 связи с аффективными, чаще депрессивными состояниями	
2 снятия приемом алкоголя душевного дискомфорта	
3 резкого ухудшения психического состояния с вытрезвлением	
4 отчетливого желания выпить	+

100 Симптомом патологического влечения к алкоголю в состоянии опьянения (так называемое "вторичное влечение") характеризуется следующее опьянение

Варианты ответов

1 неспособность больного алкоголизмом ограничиться количеством спиртных напитков	
2 активное стремление к употреблению алкоголя вне алкогольного эксцесса (например, в ремиссии)	+
3 возможность прекратить употребление алкоголя в связи с различными препятствиями	
4 способность прекратить употребление алкоголя в пределах алкогольного эксцесса после приема "критической" дозы	

10. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины:

а) основная литература:

Наркология: национальное руководство / ред. Н. Н. Иванец, И. П. Анохина, М. А. Винникова. - М. : ГЭОТАР-МЕД, 2008. - 720 с.

Наркология [Электронный ресурс] / под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438886.html>

Наркология : руководство / П. Д. Шабанов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-МЕД, 2012. - 832 с.

Наркология [Электронный ресурс] : руководство / Шабанов П.Д. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - (Серия "Библиотека врача-специалиста"). - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431870.html>

Психиатрическая пропедевтика: Практическое руководство / В. Д. Менделевич. - 5-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 569 с.

Дополнительная литература:

Обследование пациента психиатрического профиля: учебное пособие / М. А. Соляник, А. В. Кидяева, Е. В. Снедков. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2014. — 32 с.

Наркология. Общие вопросы и патогенез химических зависимостей / А. И. Головкин ; ред. А. Г. Софронов. - СПб. : Артком, 2008. - 488 с.

Подростковая наркология : Руководство для врачей / И. Н. Пятницкая, Н. Г. Найденова. - М. : Медицинское информационное агентство, 2008. - 256 с.

Психопатологические синдромы: учебно-методическое пособие / Е. В. Снедков, М. А. Соляник, Ю. И. Поляков.— СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2016. — 56 с.

Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства: учебное пособие / С.М. Бабин, П.О. Бомов, А.В. Васильева [и др.]. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2015. — 44 с

Органические и экзогенно-органические психические расстройства: учебно-методическое пособие / П. Ю. Мучник, О. В. За- дорожная. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2016. — 52 с

Неотложные состояния в психиатрии: учебно-методическое пособие / А. Г. Софронов, В. Э. Пашковский, А. Е. Добровольская, Е. Ю. Тявокина, А. Ю. Егоров, В. В. Шепелевич, В. А. Некрасов. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2015. — 72 с.

Шизофрения, отягощенная аддиктивными расстройствами : учебное пособие / А.Е. Добровольская, А.Г. Софронов, В.Э. Пашковский, Е.Ю. Тявокина ; Каф. психиатрии и наркологии СЗГМУ им. И.И.Мечникова, Отдел неотложной психиатрии, наркологии и психореабилитации НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе. - СПб. : Изд-во СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2015. - 48 с.

Общая психопатология: сборник тестовых заданий и ситуационных задач / под ред. проф. Е. В. Снедкова. — СПб.: Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2013. — 168 с.

Частная психиатрия: сборник тестовых заданий и ситуационных задач / под ред. проф. Е. В. Снедкова. — СПб.: Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2013. — 296 с.

Электронные ресурсы:

<http://szgmu-psychiatry.ru/> - сайт кафедры психиатрии и наркологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова

<http://psychiatr.ru/> - сайт Российского общества психиатров

http://www.studmedlib.ru/ru/kits/mb4/studmedlib_core/ed_med_hi-esf2k2z11-select-0072.html Электронная библиотека медицинского вуза, раздел «Психиатрия, наркология»

Электронные версии в системе дистанционного обучения MOODLE

Обследование пациента психиатрического профиля: учебное пособие / М. А. Соляник, А. В. Кидяева, Е. В. Снедков. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2014. — 32 с.

Психопатологические синдромы: учебно-методическое пособие / Е. В. Снедков, М. А. Соляник, Ю. И. Поляков.— СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2016. — 56 с.

Органические и экзогенно-органические психические расстройства: учебно-методическое пособие / П. Ю. Мучник, О. В. Задорожная. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2016. — 52 с

Неотложные состояния в психиатрии: учебно-методическое пособие / А. Г. Софронов, В. Э. Пашковский, А. Е. Добровольская, Е. Ю. Тявокина, А. Ю. Егоров, В. В. Шепелевич, В. А. Некрасов. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2015. — 72 с.

Общая психопатология: сборник тестовых заданий и ситуационных задач / под ред. проф. Е. В. Снедкова. — СПб.: Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2013. — 168 с.

12. Материально-техническое обеспечение дисциплины:

Код специальности, направления подготовки	Наименование специальности, направления подготовки	Наименование дисциплины (модуля), практик в соответствии с учебным планом	Наименование специальных помещений и помещений для самостоятельной работы	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы	Приспособленность помещений для использования инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья
31.08.21	Психиатрия-наркология	Психиатрия-наркология	Учебная комната (№ 1 по ПИБ) <i>Фермское шоссе, дом 36</i> - для проведения занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций,	Доска, парты, стулья, стол преподавателя, мультимедиа проектор, ноутбук.	<i>нет</i>

			текущего контроля Учебная комната № 3 5-я линия ВО, дом 58-60		
--	--	--	--	--	--

13. Методические рекомендации по прохождению практики

Ординаторы в период прохождения практики обязаны подчиняться правилам внутреннего распорядка Университета, органов и учреждений Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по субъекту РФ.

Практика начинается с беседы с руководителем практики, который знакомит ординаторов с целями и задачами практики.

При прохождении практики ординаторы должны освоить методики:

1. обследования больных с зависимостями:

- знание основ психодиагностики;
- владение современными высоковалидными шкалами оценки психического состояния;

2. лечения и реабилитации наркологических больных

По окончании практики ординатор должен получить зачет. О форме проведения зачета см. выше.

В случае не прохождения практики в установленные учебным планом сроки по уважительной причине, ординатор должен пройти практику в течение последующего периода обучения.