



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

Проректор по учебной работе



/ С.А. Артюшкин /

« 25 » января 2019 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

основной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры
по специальности 31.08.20 Психиатрия

Трудоемкость: 3 зе

Санкт-Петербург
2019 г.

1. Общие положения

Государственная итоговая аттестация по основной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.20 Психиатрия (далее – ГИА) проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры по специальности 31.08.20 Психиатрия (далее – Программа) требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.20 Психиатрия (далее – ФГОС ВО). ГИА относится к Блоку 3 ФГОС ВО и включает в себя подготовку и сдачу государственного экзамена.

К ГИА допускаются обучающиеся, не имеющие академической задолженности и в полном объеме выполнившие учебный план или индивидуальный учебный план по Программе.

ГИА обучающихся, освоивших Программу, осуществляет государственная экзаменационная комиссия.

При успешном прохождении ГИА обучающемуся выдается документ о высшем образовании и о квалификации образца, установленного Министерством здравоохранения Российской Федерации (приказ Минздрава России от 6 сентября 2013 г. № 634н):

- диплом об окончании ординатуры.

2. Результаты обучения, оцениваемые на государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

- Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Профессиональные компетенции (ПК):

- профилактическая деятельность;
- 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 (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);
- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);
- диагностическая деятельность;

- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
- лечебная деятельность:
 - готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании психиатрической медицинской помощи (ПК-6);
 - готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);
- реабилитационная деятельность:
 - готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации (ПК-8);
- психолого-педагогическая деятельность:
 - готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
- организационно-управленческая деятельность:
 - готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
 - готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
 - готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

3. Порядок проведения государственной итоговой аттестации

На ГИА отводится 108 часов (3 зе), из которых 6 часов - государственный экзамен, 48 часов - консультации и 54 часа - самостоятельная работа.

ГИА проводится в форме государственного экзамена.

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по Программе. Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в устной форме с использованием экзаменационных билетов.

Продолжительность подготовки обучающегося к ответу составляет не более 45 минут.

Продолжительность сдачи государственного экзамена обучающимся составляет не более 15 минут.

Уровень знаний обучающегося оценивается на «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Критерии оценок результатов государственного экзамена:

- знание теоретического материала по предметной области;
- глубина изучения дополнительной литературы;
- глубина и полнота ответов на вопросы.

Ответ оценивается на «отлично», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;
- ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов;

– демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Ответ оценивается на «хорошо», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;

– ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах.

– имеются незначительные упущения в ответах.

Ответ оценивается на «удовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.

Ответ оценивается «неудовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

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

4. Порядок подведения итогов государственной итоговой аттестации

На каждого обучающегося заполняется протокол заседания ГЭК по приему ГИА, в котором отражается перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов ГЭК о выявленном в ходе государственного аттестационного испытания уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося. Протокол заседания ГЭК подписывается председателем и секретарем ГЭК. Протоколы заседаний ГЭК сшиваются в книги и хранятся в архиве Университета.

Результаты ГИА объявляются в день ее проведения.

Решения ГЭК принимаются простым большинством голосов членов комиссии, участвовавших в заседании. Заседание ГЭК проводится председателем ГЭК. При равном числе голосов председатель обладает правом решающего голоса.

5. Программа государственного экзамена

5.1. Рекомендации по подготовке к государственному экзамену

Государственный экзамен по специальности 31.08.20 Психиатрия проходит с использованием вопросов и ситуационных задач, составленных на основании основной образовательной программы – программы подготовки кадров высшей квалификации по указанной специальности. При подготовке к государственному экзамену необходимо пользоваться рекомендуемой литературой, а также материалами (лекции, методические пособия, конспекты семинарских занятий), полученными обучающимися в течение всего периода обучения. Перед государственным экзаменом проводятся консультации в соответствии с расписанием. Билет содержит 2 вопроса из числа выносимых на государственный экзамен и 1 ситуационную задачу. Экзаменуемый тянет билет, озвучивает номер билета экзаменационной комиссии. На подготовку к ответу отводится 45 минут. Экзаменуемый должен представить расширенный план ответа по каждому вопросу, проиллюстрированный клиническими примерами. Недопустимы ошибки, неточности, неправильные ударения в специальной терминологии. Ответ экзаменуемого оценивается по четырехбалльной системе – «неудовлетворительно», «удовлетворительно», «хорошо» и «отлично».

5.2. Вопросы, выносимые на государственный экзамен

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. Дистормофоманический синдром. Клиническая характеристика и диагностическое значение.
35. Понятие о соматизированных (маскированных) депрессиях. Принципы диагностики и терапии.
36. Общая характеристика Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Сфера его применения, основные принципы оказания психиатрической помощи.
37. Правовые аспекты оказания стационарной и амбулаторной психиатрической помощи. Права пациентов. Согласие на лечение и право на отказ от лечения.
38. Госпитализация в психиатрический стационар. Понятие о недобровольной госпитализации. Права пациентов, находящихся в психиатрическом стационаре.
39. Правовые аспекты оказания амбулаторной психиатрической помощи. Правовые аспекты и принципы амбулаторного психиатрического освидетельствования, порядок освидетельствования лица без его согласия.
40. Права и обязанности медицинских работников, оказывающих психиатрическую медицинскую помощь. Меры социальной защиты лиц, оказывающих психиатрическую помощь.
41. Медико-социальная экспертиза психически 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.
42. Понятие о судебной психиатрии. Объекты и методы экспертизы, виды экспертиз. Судебно-психиатрическая экспертиза в уголовном и гражданском процессе.
43. Этика и деонтология в психиатрии. Этические проблемы психиатрического диагноза, оказания психиатрической помощи, медикаментозной терапии, этика общения с пациентами и их родственниками.
44. Организационные и методические основы управления психиатрической службой, структура управления и его принципы, финансово-экономическое обеспечение психиатрической службы.
45. Организация внебольничной психиатрической помощи. Понятие о диспансере, принципы его работы, виды диспансерного учета.
46. Организация стационарной психиатрической помощи. Устройство и принципы работы психиатрического стационара.
47. Клинические методы обследования психически больных. Понятие о клинко-психопатологическом методе. Оценка особенностей мышления, интеллектуально-мнестических функций, личностных особенностей психически больных.
48. Параклинические методы обследования психически больных. Использование рентгенологических, пневмоэнцефалографических, ЭЭГ методов исследования. ПЭТ, КТ и МРТ в психиатрии. Генетические исследования в психиатрии, генеалогический, близнецовый методы, цитогенетические методы.
49. Классификации болезней в психиатрии. История классификаций. Нозологическая классификация. МКБ -10.
50. Шизофрения. Определение, классификация, история учения о шизофрении. Позитивные, негативные и когнитивные симптомы шизофрении.
51. Клиническая характеристика различных форм шизофрении. Исходы шизофрении. Негативные и дефицитарные изменения при шизофрении.
52. Шизотипическое расстройство. Бредовое расстройство. Дифференциальная диагностика психических расстройств в рамках рубрики F2 МКБ-10

53. Аффективные психозы. Классификации аффективных психозов. История учения об аффективных психозах.
54. Депрессии. Определение, типология депрессий. Диагностические критерии депрессий. Атипичные депрессии. Понятие о дистимиях.
55. Мании. Определение, клинические формы маний.
56. Биполярное аффективное расстройство, определение, классификация, клинические формы.
57. Эпилепсия, история учения, эпидемиология и этиопатогенез эпилепсии. Клинические классификации.
58. Клинические формы эпилепсии. Варианты эпилептических припадков. Нарушения сознания при эпилепсии. Личностные изменения при эпилепсии.
59. Эпилептические психозы, клинические формы. Дифференциальная диагностика форм эпилепсии.
60. Психические расстройства при энцефалитах и СПИДе, клиническая картина, дифференциальная диагностика.
61. Психические расстройства при сифилитическом поражении ЦНС, клинические формы, дифференциальная диагностика.
62. Сосудистые заболевания головного мозга, клиническая картина, дифференциальная диагностика.
63. Психические расстройства при черепно-мозговой травме, клиническая картина, дифференциальная диагностика.
64. Психические расстройства при опухолях головного мозга, клиническая картина, дифференциальная диагностика.
65. Психические расстройства при соматических заболеваниях и общих инфекциях, клиническая картина, дифференциальная диагностика.
66. Функциональные психозы позднего возраста, инволюционные психозы, депрессии, паранойд, клиническая картина, дифференциальная диагностика.
67. Психические расстройства при атрофических заболеваниях головного мозга, сенильная деменция, болезни Альцгеймера, Пика, Паркинсона, хорея Гентингтона, клиническая картина, дифференциальная диагностика.
68. Понятие психотравмы и психологической защиты. Острая реакция на стресс, виды, врачебная тактика.
69. Реактивные психозы (реактивная депрессия, истерические психозы), клиническая картина, дифференциальная диагностика.
70. Тревожные расстройства. Клиническая картина, дифференциальная диагностика. Понятие о тревожно-фобических расстройствах.
71. Тревожные расстройства. Клиническая картина, дифференциальная диагностика. Понятие об обсессивно-компульсивном расстройстве.
72. Расстройства личности и поведения у взрослых, история учения о психопатиях, определение понятия, эпидемиология, этиопатогенез.
73. Истерическая психопатия, клиническая картина, дифференциальная диагностика.
74. Варианты шизоидной психопатии, клиническая картина, дифференциальная диагностика.
75. Акцентуированные личности, клиническая картина, дифференциальная диагностика. Понятие о дизонтогенезе, психический инфантилизм.
76. Умственная отсталость (олигофрения), история учения, эпидемиология, этиопатогенез. Клинические классификации умственной отсталости.
77. Клиника и диагностика различных форм интеллектуальной недостаточности, клинические варианты задержек развития. Ранний детский аутизм. Задержки развития при органических процессах, ситуационно обусловленные задержки развития.

78. Алкоголизм. Эпидемиология. Классификация, стадии алкогольной болезни. Понятие злоупотребления алкоголем с вредными последствиями. Формы потребления алкоголя.
79. Наркомании. Эпидемиология, классификации. Понятие о токсикоманиях.
80. Классификация психофармакологических препаратов. Понятие о спектре активности психофармакопрепаратов. Общее и избирательное действие психофармакологических препаратов.
81. Антипсихотики. Систематика по химическому строению, клиническим эффектам. Показания, противопоказания, побочные эффекты.
82. Антидепрессанты. Систематика по химическому строению, клиническим эффектам. Показания, противопоказания, побочные эффекты.
83. Транквилизаторы, систематика. Показания, противопоказания, побочные эффекты.
84. Ноотропы, систематика. Показания, противопоказания, побочные эффекты.
85. Стабилизаторы аффекта, систематика. Показания, противопоказания, побочные эффекты.
86. Антиконвульсанты, систематика. Показания, противопоказания, побочные эффекты.
87. Понятие о поддерживающей, противорецидивной терапии, сочетанное применение психофармакологических препаратов, понятие о несовместимости. Понятие о психофармакологической резистентности и методах ее преодоления.
88. Неотложные состояния в психиатрии: принципы лечения при острых аффективных состояниях, галлюцинаторно-бредовых, кататонических состояниях, помрачении сознания, фебрильной шизофрении, эпилептических состояниях. Купирование острого психомоторного возбуждения.
89. Электросудорожная терапия в психиатрии, показания, противопоказания. Методики проведения.
90. Психотерапия психически больных, классификация, методы, применяемые в психиатрической практике, показания, противопоказания.
91. Реабилитация психически больных. Понятие медицинской, профессиональной, социальной реабилитации. Принципы и этапы реабилитации.
92. Теории обучения. Бихевиоризм, когнитивизм, конструктивизм. Роль преподавателя в каждой из этих теорий.
93. Содержание образования. Принципы дидактики.
94. Нормативно-правовые основы подготовки медицинских и фармацевтических работников в Российской Федерации. Структура высшего образования. Уровни. Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации».
95. Аккредитация специалиста. Профессиональные стандарты. Федеральные государственные образовательные стандарты.
96. Принципы организации лечебно-эвакуационных мероприятий в ЧС, порядок организации развертывания и работы учреждений здравоохранения в условиях массового поступления пострадавших в ЧС.
97. Классификация катастроф принятая ВОЗ.
98. Сущность современной системы этапного лечения и эвакуаций по назначению.
99. Факторы обстановки в очаге ЧС, влияющие на организацию лечебно-эвакуационного обеспечения.
100. Последовательность практического проведения сортировки.

Ситуационные задачи

Задача 1.

Мужчина бежит по улице обнаженный, размахивает кухонным ножом и кричит прохожим: «Подойдите ко мне. Я вам приказываю!». Вызвана бригада скорой психиатрической помощи. Пациент на вопросы отвечает. Называет себя «Богом, девой

Марией и Иисусом-пророком в одном теле, которому блудница Магдалина омывала ноги». Тут же переходит на другую тему: «ноги, ноги - ноги повсюду; по лужам шлёпают, воду разбрызгивают... святую воду, святую воду всем пить надо, чтобы очиститься». Настоящее имя, место проживания и статус выяснить не удаётся. Мужчина говорит, что на него «снизшла благодать» и он начал «слышать мысли всех окружающих и влиять на них; понял, что является богом». Врач-психиатр принимает решение о недобровольной госпитализации. Пациент отказывается, но физической агрессии не проявляет, ограничиваясь вербальной: «всех прокляну до седьмого колена... колена - разогнуть не сможете... не подходите, я вам приказываю!».

Как называются мероприятия, проведенные врачом-психиатром?

На основе какого законодательного акта должна быть осуществлена (или должно быть отказано в) недобровольная госпитализация?

Каким критериям недобровольной госпитализации соответствует данный пациент?

Каков ведущий психопатологический синдром?

Какой вид нарушения мышления наблюдается у пациента?

Задача 2

В психиатрический стационар скорой помощью доставлена женщина пожилого или старческого возраста. Бригада была вызвана прохожими. Пациентка не могла найти дорогу домой, собственный адрес проживания назвать не сумела. Врачом скорой принято решение о госпитализации. В стационаре при осмотре врача назвала себя «Юлей», не смогла сообщить свой год рождения - только число и месяц. Не может назвать текущую дату; считает, что находится «в поликлинике, на прививках». Говорит, что «вчера ездила в страну, где бороды у мужчин такие большие, что они их перед собой на тачках возят». Подписала добровольное согласие на лечение и госпитализацию, данное врачом больницы. В настоящее время находится на отделении, ведёт себя неконфликтно, с аппетитом ест ужин.

Правильны ли действия врача скорой психиатрической помощи?

Правильны ли действия врача больницы?

О каком заболевании вероятнее всего идёт речь?

Каков ведущий психопатологический синдром?

Какой вид нарушения памяти наблюдается у больной? (на примере выделенного курсивом)

Задача 3.

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

Может ли врач психиатр провести недобровольное психиатрическое освидетельствование без санкции суда?

Сиротствует ли пациент критериям недобровольной госпитализации? Если да, то каким критериям?

Какой синдром описан у пациента?

Какие диагностические мероприятия необходимо провести пациенту?

Какие лекарственные препараты можно назначить пациенту при оказании неотложной помощи, до осмотра врача-психиатра?

Задача 4.

Задача № 14. Больной 28 лет, шофер. О себе рассказывает: «С детства был какой то чудной. Ребята меня не уважали, я их боялся. Когда учился в младших классах, все казалось, что мать у меня умрет. Думал, что если успею досчитать да десяти, пока мать наливает чай, то она будет жива, а если не успею — умрет. Когда в школу шел, то все боялся, что на меня мальчишки нападут. Портфель держал пряжкой внутрь — это как бы означало, что иду с мирными намерениями, драться не хочу. В школе ребята слушают учителя, а я какой-нибудь ерундой занимаюсь. Например: «А что было бы, если бы за самый хороший ответ ставили единицу, а самой плохой отметкой была бы пятерка». Отгону мысли эти, слушаю учителя, а потом незаметно опять отвлекаюсь. Из-за этого трудно учиться, родителей в школу вызывали, ругали за мою невнимательность. Но все-таки школу окончил, в армии отслужил, там получил специальность шофера. Все было ничего, но последнее время стали какие-то глупые мысли одолевать: только и думаю, чтобы все предметы у меня лежали симметрично, дома из-за этого жена ругается. На работе надо машины ремонтировать, а я не делом занимаюсь, а гаечные ключи раскладываю симметрично. Недавно случай был, что стыдно рассказать: поехал я на поезде к себе на дачу, на одной на станций вышел в туалет. Вижу, в унитазе две спички

лежат. Когда выходил из туалета, меня словно ударило — вернуться и положить спички симметрично. Вернулся. В унитаз лезть противно, а уйти не могу, даже сердце стало биться, вспотел весь. Все-таки не удержался, залез рукой в унитаз и переложил спички. А поезд в это время ушел».

Квалифицировать состояние.

Требуется ли состояние пациента неотложной госпитализации?

Нуждается ли данное состояние дополнительных методов исследований?

Предварительный диагноз?

Препараты каких групп можно назначить для терапии данного заболевания?

Какие рекомендуются реабилитационные мероприятия при данном заболевании?

Задача 5.

В стационар была доставлена больная 28 лет в состоянии некоординируемого двигательного возбуждения - продуктивный контакт установить не удалось - речь носила регистрирующий характер. В дальнейшем возбуждение прошло - больная начала застывать в нелепых позах, совершать стереотипные «омывающие» движения руками, *не выполняла просьбы медицинского персонала - на фразу «открой рот» крепко стискивала зубы, отворачивалась*. Тонус всех групп мышц значительно повышен. В настоящее время пациентка находится в палате, состояние не изменилось. Лечащему врачу поступил звонок от непосредственного начальника пациентки, который интересовался её состоянием, диагнозом и - может ли она продолжать работать после выписки.

Можно ли говорить о каком-то конкретном заболевании у пациентки? Если да - о каком?

Кому можно сообщать информацию о состоянии здоровья пациентки, согласно действующему законодательству?

Каков ведущий психопатологический синдром?

Как Вы можете охарактеризовать состояние, выделенное курсивом?

Между какими состояниями следует проводить дифференциальный диагноз?

Задача 6.

Правоохранительными органами задержан человек, пытавшийся совершить суицид (пытался броситься под автомобиль). Своего имени и адреса проживания не называет «Это неважно», документов, удостоверяющих личность, при себе не имеет. В отделении

задержанный утверждает, что «не должен жить»; уверен, что является носителем смертельного вируса, от которого сам умереть не может, но будет «повсюду сеять горе и смерть», будет «оставлен последним живущим человеком на планете - живым гниющим трупом, если что-то сейчас не предпринять». Все сведения больной излагает монотонным, малоэмоциональным голосом, мимика крайне слабая. На консультацию пригласили врача-психиатра, однако мужчина заявил, что категорически отказывается от консультации: «я несколько раз лежал в психушке, не поможет, ещё раз - не поеду». Врач-психиатр сообщил, что для проведения недобровольного психиатрического освидетельствования ему необходимо получить санкцию судьи.

Может ли врач-психиатр провести недобровольное психиатрическое освидетельствование без санкции судьи в данном случае?

Соответствует ли пациент критериям недобровольной госпитализации?

Какой синдром у данного пациента?

Какую позитивную и негативную симптоматику Вы наблюдаете в этом случае?

О каком заболевании можно говорить в данном случае?

Задача 7.

Больная 15 лет, ученица 9-го класса. Ранее спокойная, уравновешенная, последние полгода стала грубой, раздражительной. В школе дерзила, кривлялась, гримасничала на занятиях, после замечаний уходила из класса, где-то ходила. Начала курить, после порицания матери несколько дней не ночевала дома. Заявила, что ей скучно со сверстниками, «они все смешные дураки», на улице приставала к мужчинам. В отделении клиники дурачится, кривляется, изображает акробатические движения, при этом оголяется, задирает халат, не смущаясь других больных, студентов. На увещания медсестры громко смеется, высовывает язык и еще больше оголяется. Во время курации студентам предлагала поцеловать ее, когда студент отказался, ударила его, бессмысленно смеялась. Груба, нелепа в поступках, постоянно гримасничает, морщит лоб, хмурит брови, кривит рот. На свидании с родными громко смеялась, сваливала все принесенные продукты в одну тарелку, в ответ на замечание матери стала щипать ее. При беседе с врачом смотрит в сторону, отвечает формально, кривляется. Нанизывает одни слова на другие. Больной себя не считает, настаивает на выписке. Каких-либо планов, озабоченности будущим не высказывает.

О каком состоянии вероятнее всего идёт речь?

Между какими состояниями следует проводить дифференциальный диагноз?

Каков ведущий синдром?

Соответствует ли состояние пациентки критериям недобровольной госпитализации?

Чье информированное согласие на госпитализацию нужно получить для госпитализации пациентки?

Задача 8.

Больной 25 лет, плотник. Болен несколько лет. Слышит голос «Ильи-пророка», который поучал больного, говорил об измене любимой девушки. Больной ходил по улицам, встречным людям раздавал свои деньги. Всем рассказывал, будто бы вчера он умер, а сегодня воскрес и воскресил своих соседей по общежитию, которые, по его словам, тоже были мертвы. Помещенный в психиатрическую больницу, больной держится с подчеркнутым достоинством, ходит, гордо поднимая голову. Себя называет «повелителем неба, звезд и всего живого», в его теле заключена «бессмертная душа», которая всегда будет управлять душами других людей и карать их». Предлагает показать присутствующим «бога». С этой целью становится на одну ногу, прижимает руки к груди и крепко зажмуривает глаза. Постоянно слышит «голоса», идущие из его сердца, которые говорят больному: «Суд над живыми и мертвыми еще не наступил», заставляют его писать жалобы на других больных, не дают ему покоя.

О каком заболевании вероятнее всего идёт речь?

Между какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

Каков ведущий синдром?

Каков наиболее вероятный прогноз заболевания?

Соответствует ли состояние пациента критериям недобровольной госпитализации?

Задача 9.

Больная 28 лет. В прошлом находилась в психиатрическом отделении. У самых дверей приемно-диагностического отделения больницы врача встречает молодая женщина. Она оживлена, настроение приподнятое, глаза блестят. Поверх больничного халата у нее одета пестрая кофточка, украшенная ярким бантом. Волосы в беспорядке, но также прихвачены яркой лентой. Губы густо накрашены, глаза подведены. Все вместе создает впечатление чего-то крикливого и беспокойного, безвкусного. Взяв врача под руку, начинает тараторить, голос у нее охрипший. «Я вас сразу узнала. А когда меня выпишут? А вот нянечка пришла, сегодня на работу, а у нее из-под платья комбинация выглядывает, из-под пятницы - суббота. Завтра, суббота? Вы меня выпишете? А у Вас

тоже галстук не в порядке, дайте, я Вам его поправлю. Не думайте, что я подлизываюсь. Уж сколько раз твердили миру, что лезть гнусна, вредна. А тебе что здесь надо?» (внезапно). В раздражении набрасывается на другую больную, подошедшую к врачу, пытается ее ударить. «Я в Вас влюбилась! Ну и что же здесь такого. Любовь не порок, а большое достоинство. Я еще и Лешу люблю, студента. Он ко мне вчера приходил. Вот я письмо написала в стихах. Хотите, прочитаю?» и т. д. и т. п. В отделении больная вмешивается во все дела, всем мешает, никому не дает покоя. Собрав больных в кружок, поет, танцует, спит не более 3-4 часов в сутки.

О каком заболевании вероятнее всего идёт речь?

Какой группой психофармакологических препаратов целесообразнее всего стабилизировать состояние больной?

Каков ведущий синдром?

Каков наиболее вероятный прогноз заболевания?

Какие дополнительные обследования нужно провести пациентке?

Задача 10.

Больной 25 лет, педагог. Помещался в психиатрическую больницу 3 раза с одинаковыми состояниями, находился обычно в течение 3 месяцев. Вне приступов заболевания работал, с работой справлялся. Настоящий приступ заболевания начался с говорливости, избыточной подвижности уходил из дома, останавливал на улице прохожих, бранился, во все вмешивался, писал жалобы в милицию, временами становился злобным, раздражительным. В больнице: ориентировка в месте и времени сохранена, обманов чувств и бредовых высказываний нет. Легко вступает в контакт, на вопросы отвечает по существу, но легко отвлекается по внешним ассоциациям, многословен, многоречив, темп мышления ускорен. Настроение приподнятое, оживлен, постоянно улыбается, стремится доказать, что он здоров. Имеется переоценка личности считает, что он хороший педагог, знает медицину. Спит мало, постоянно в движении. Ест с повышенным аппетитом, но теряет в весе.

О каком заболевании вероятнее всего идёт речь?

Между какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

Какие дополнительные обследования нужно провести пациенту?

Каков ведущий синдром?

Каков наиболее вероятный прогноз заболевания?

Задача 11.

Больной 38 лет. Плотник. Болен с 18 лет. Сознание не помрачено. Держится с чувством собственного превосходства. В беседе удастся выявить следующее. Считает себя контр-адмиралом и командиром всеми родами войск во всех странах, а также главнокомандующим войск планеты Марс. Заявляет, что он в курсе событий на Марсе, так как слышит в голове разговоры, которые происходят на Марсе. Кроме этого считает себя зам. начальника ФСБ. Заявляет, что имеет звание дважды Героя России. Награжден Большой Серебряной Звездой всех родов войск и другими многочисленными наградами. Заявляет, что он распоряжается всеми государственными делами и вербует на работу в ФСБ. Беседующим с ним предлагает работу в ФСБ, назначает очень высокие оклады и гарантирует квартиру. Уверен, что руководители государства выполняют его решения: «У меня телепатическая связь с Москвой. Я мысленно разговариваю с президентом страны». «Голоса» слышит звучащими в голове. Так однажды заявил, что на улице его ждут три правительственные машины, а на аэродроме - личный самолет. «Сейчас в голове президент и заведующий отделением сказали, что я немедленно лечу на Марс, ракета уже готовится к старту». Критики нет. При попытке разубедить его, больной становится гневливым, раздражается.

О каком заболевании вероятнее всего идет речь?

Каков ведущий синдром?

Какой тип бредовых идей высказывает пациент?

Может ли данный пациент быть госпитализирован в недобровольном порядке?

Каков наиболее вероятный прогноз заболевания?

Задача 12.

На судебно-психиатрическую экспертизу поступила женщина 34 лет. Обвиняется в убийстве мужа. Известно, что замужем была 14 лет, имеет десятилетнюю дочь. Первые 2-3 года жили с мужем дружно. Затем муж пристрастился постепенно к алкоголю. В состоянии опьянения стал избивать жену и дочь, выгонял их не одетыми на мороз, оскорблял, приводил в дом пьяных женщин. Нередко испытываемая с дочерью уходила ночевать к знакомым. В день происшествия муж пришел домой пьяным. Оскорбил жену, затем бросил ей в лицо тарелку с едой, заявив, что пища «недосолена». Больная, которая в это время включала утюг, схватила его и нанесла мужу 12 ударов по голове, в результате чего он скончался. Сама вызвала скорую помощь и милицию, заявила об убийстве. В отделении настроение снижено, рассказывает о тяжелой жизни, о

бесконечных оскорблениях со стороны мужа. Бреда и обманов чувств нет. Эмоциональные реакции адекватны ситуации. О правонарушении рассказывает так: «Меня охватило отчаяние, помню, что ударила его утюгом 2 или 3 раза, других ударов не помню, пришла в себя при виде крови... поняла, что, кажется, убила... сама вызвала скорую помощь и милицию...».

Какое психическое расстройство можно диагностировать подэкспертной, исходя из её анамнеза?

Соответствует ли состояние пациентки в момент совершения правонарушения критериям невменяемости?

Какой тип судебно-психиатрической экспертизы был назначен подэкспертной?

Какие диагностические мероприятия необходимо провести подэкспертной?

Чем обусловлена амнезия подэкспертной?

Задача 13.

Больной 51 года. В течение 6 месяцев находится в психиатрической больнице. Настроение резко снижено, выражение лица глубоко печально. Жалуется на не проходящую тоску, отсутствие чувства сна, нежелание разговаривать, что-то делать. Немногословен, часто ответы односложны. Аппетит снижен, отказывается от еды. С трудом утром поднимается. В вечерние часы настроение несколько лучше, но тоска не проходит. В прошлом в таких состояниях дважды пытался покончить собой.

О каком заболевании вероятнее всего идёт речь?

Какой группой психофармакологических препаратов целесообразнее всего стабилизировать состояние больного?

Каков ведущий синдром?

Соответствует ли состояние пациента критериям недобровольной госпитализации?

Можем ли мы насильно кормить пациента в случае его отказа?

Задача 14.

Пациентка 73 года. Около двух лет назад, появились жалобы, на память. Стала замечать, что не помнит события, происшедшие день назад, становилась все более и более забывчивой, не могла сосчитать деньги, делая покупки. Часто приходила домой без нужных вещей. Регулярно забывала выключать плиту или воду. На протяжении последнего года была не в состоянии выполнять обычную работу по дому без помощи мужа. Состояние при осмотре. Во время осмотра пациентка неопытна, насторожена,

тревожна и подозрительна, дезориентирована во времени и месте. Смогла вспомнить имена своих детей, но их возраст и даты рождения забыла. Не помнила дату своего рождения. Артикуляция была хорошей, но сама речь была медленной и неконкретной. С трудом подбирала слова для выражений, не могла вспомнить три слова после 5-минутного интервала. Не понимала тяжести своего состояния.

- 1) Наиболее вероятный диагноз ?
- 2) Какие дополнительные методы обследования потребуются для постановки диагноза?
- 3) Нуждается ли пациентка в госпитализации?
- 4) Является ли пациент с деменцией недееспособным?
- 5) Тактика лечения?

Задача 15.

Больной З., 82 года, строитель. В течение месяца находится на лечении в психиатрической больнице. Жалуется на боль при ходьбе в правом коленном суставе. Других жалоб нет. Охотно вступает в контакт с пациентами своего возраста. В обращении с врачом, больными вежлив, угодлив, временами даже слащав. Приветливо здоровается, но, встретив врача через несколько минут, приветствует его вновь. Часто приоткрывает дверь в кабинет и вежливо осведомляется, не пришел ли консультант-хирург, через пять минут спрашивает о том же. Числа, месяца, года назвать не может. Рассказывает, что только вчера был на работе: «пришел на новый объект, государственный заказ! Объект сложный, получили новое оборудование». Любит говорить о днях своей молодости, помнит события прошлых лет. Перечисляет своих детей, называет их имена, но внуков путает — то заявляет, что у него их вообще нет, то называет несколько имен, но каждый раз новые. По данным ЭЭГ: Признаки подкорково-диэнцефальной дисфункции. Очаговых изменений, пароксизмальных проявлений и эпиктивности настоящая ЭЭГ не выявляет.

- 1) О чем могут свидетельствовать данные настоящей ЭЭГ?
- 2) Наиболее вероятный диагноз?
- 3) Какой синдром у описанного пациента?
- 4) Какие нарушения памяти описаны у пациента?
- 5) Каков прогноз расстройства?

Задача 16.

Больной М., 64 год, адвокат. С 56 лет начал чувствовать головные боли, периодические головокружения, снижение работоспособности, утомлялся на работе, был рассеянным, забывчивым, раздражительным. В возрасте 60 лет было несколько приступов

головокружения. В конце июня развился легкий правосторонний гемипарез, который сохранялся 2 недели. Лечился на неврологическом отделении. Движения в конечностях восстановились, но психическое состояние ухудшилось, раздражительным, придирчивым, подозрительным. Работать не мог, был переведен на инвалидность II группы. Через 8 месяцев стал ревновать жену к коллегам по работе, являлся к ней на работу, устраивал скандалы, обвинял жену в изменах. Помещен в психиатрическую больницу. В больнице суетлив, тревожен, говорил, что в больницу поместила его жена, чтобы быть свободной и изменять ему. Жаловался на головокружения и головные боли. В месте и времени ориентировался. Память снижена, особенно нарушены процессы запоминания и хранения. Лучше помнит события прошлого, чем настоящего, события личной жизни, чем общественные. На вопросы отвечает по существу, но с излишней детализацией. Интеллект снижен. Нет критического отношения; к своему, состоянию и поведению. Высказывает нелепый бред ревности. Внимание истощаемо. Легко переходит от плача к смеху. Рентгенологически определяется начальный склероз дуги аорты. При неврологическом исследовании констатируются вялая реакция зрачков на свет и остаточные явления правостороннего гемипареза. Физическое и психическое состояние больного постепенно с некоторыми колебаниями ухудшалось, нарастали явления слабоумия.

- 1) Какие нарушения памяти описаны у пациента?
- 2) Какой ведущий синдром привел к госпитализации пациента?
- 3) Какой диагноз можно предположить у пациента?
- 3) Какие параклинические методы исследования показаны для дифференциального диагноза?
- 5) Каков прогноз заболевания?

Задача 17.

Больной С-в, 75 лет. Отец страдал алкоголизмом. Настоящее заболевание началось с постепенного с раздражительности, суетливости. Больной без особого повода кричал, шумел, бывал конфликтным. Ослабела память, появились бредовые идеи отравления. Плохо ориентировался в окружающем, считал, что находится в «Екатеринбурге, Центральная улица 26, квартира 96, там я живу». Больных и персонал представляет, как своих родственников и знакомых. Добродушен. Словоохотлив. Охотно вступал в беседу на конкретные темы, касающиеся его старых навыков. Высказывал бред отравления. «Соседи пускают газ по вентиляции, распыляют мне что-то в квартире». Обнаруживала резкое расстройство памяти, преимущественно на текущие события. Память на прошлые

события сохранена лучше. Совершенно бездеятелен. Навыки самообслуживания отсутствуют. Неопрятен. Шумен. Криклив, бранил врачей, часто жаловался врачу на те или иные неправильные действия больных. Суеглив. Связывал постельные принадлежности в узел и собирался уезжать. Резко выражены старческие признаки: очень редкие седые волосы, зубов нет, истощен, кожа сухая, дряблая, вся в морщинах. Границы сердца расширены. Тоны глухие. В легких эмфизематозное дыхание. Реакция зрачков на свет вялая.

- 1) Какой ведущий синдром привел к госпитализации пациента?
- 2) Предположительный диагноз?
- 3) Возможно ли амбулаторное лечение пациента в данном состоянии?
- 4) Реабилитационные мероприятия для данного пациента
- 5) Какой тип нарушений памяти описан у данного пациента?

Задача 18.

Больной К., 35 лет, крановщик. На работе получил тяжелую травму головы. Доставлен на фельдшерский пункт, где сделана перевязка, предложено направление на госпитализацию, от которой больной отказался. Вернулся на рабочее место, но из-за сильной головной боли и головокружения работать не смог, был приведен домой. Головная боль не проходила, вечером отмечалась многократная рвота. Находился неделю на больничном листе, но постельный режим не соблюдал. Обнаружилось резкое расстройство памяти, в связи с чем больной госпитализирован. Физическое состояние удовлетворительное. Внутренние органы без патологии. Неврологически: миоз, зрачки неправильной формы. Единичные нистагмоидные подергивания в правом крайнем отведении. Сглажена левая носогубная складка. Коленные и ахилловы рефлексы высокие, справа выше, чем слева. Легкая левосторонняя гемианестезия. Менингеальных явлений нет. Спинномозговая жидкость: белок 0,33%, плеоцитоз 25 (лимфоциты). Психическое состояние: дезориентирован по времени и окружающей обстановке. Текущий год называет 1987; при поправке повторяет за врачом и тут же забывает. Не может запомнить имя и отчество врача. Не находит свою палату, койку. Произвольно называет блюда, из которых состоят завтрак, обед. Память нарушена как на ближайшие, так и на отдаленные события. По разному называет имя и фамилию жены, детей. Не в состоянии объяснить переносного смысла пословиц и поговорок, не понимает крылатых выражений, метафор. Запас знаний крайне низок. Имеются конфабуляции и псевдореминисценции. Склонен к плоским шуткам. Гиперсексуален. Пребыванием в стационаре не тяготится, просит его

выписать.

- 1) Угрожает ли данное состояние жизни пациента?
- 2) Требуются ли дополнительные методы обследования?
- 3) Определите синдром
- 4) Каков наиболее вероятный диагноз?
- 5) Законна ли в данном случае госпитализация в психиатрический стационар?

Задача 19.

Больная А., 55 лет. Из неблагополучной семьи. Детство провела под присмотром бабушки. Росла и развивалась соответственно возрасту. В подростковом возрасте вместе с компанией выпила крепкий алкоголь. Далее — «взялась за ум», успешно окончил 10 классов и техникум. Работал по специальности. Женщина была одинокой, но любила находиться в центре внимания. Часто бывала в центре застолья, любила выпить. По характеру общительная, легко сходится с людьми, неразборчива в связях с мужчинами. За два года до госпитализации стала жаловаться, что устает от шумных компаний, беспокоили головные боли, слабость. Появились бестактность, грубость, без всякого стеснения рассказывала циничные анекдоты. Уехав в командировку, руководству предприятия присылала противоречивые телеграммы, предложила организовать картинную галерею. Получив распоряжение вернуться, обратилась с предложением о картинной галерее в Министерство тяжелой промышленности. В психиатрическом стационаре была беспечной, веселой. Украшала себя конфетными обертками, мастерила самодельные знаки отличия. Называла себя создателем «мировой картинной галереи», в которой находится 10 миллионов картин всех народов. Плохо производит арифметические действия, не замечает грубых ошибок. Не понимает переносного смысла пословиц и поговорок. Неврологически: миоз, реакция зрачков на свет отсутствует, сглажена правая носогубная складка, девиация языка вправо, дизартрия, шаркающая походка. Внутренние органы без патологии. Анализы крови и мочи без патологии. Положительная реакция Вассермана в крови и ликворе. Анализ ликвора: белок 0,4%, цитоз 20, положительные реакции Панди, Вейхбротта.

- 1) Предположительный диагноз?
- 2) Какой синдром у данной пациентки?
- 3) Дополнительные методы обследования?
- 4) Тактика лечения?
- 5) Возможно ли психиатрическое освидетельствование и госпитализация данной

пациентка в недобровольном порядке?

Задача 20.

Женщина 29 лет, обратилась к врачу, так как чувствовала, что не полностью выздоровела после гриппа. Болезнь сопровождалась температурой до 40°C , головной болью, тошнотой, болями во всем теле и слабостью. Ко врачу за помощью не обращалась. Через 10 дней все эти симптомы исчезли, приступила к работе, но стала замечать трудности в концентрации внимания, из-за чего не помнила, что читала или слышала. Мышление замедлилось, появились затруднения в подборе нужных слов и фраз, и в принятии даже несложных решений. После недели отдыха состояние улучшилось, вернулась к работе, но по-прежнему не могла сконцентрироваться и запоминать информацию и т. д. Состояние при осмотре: выглядит обеспокоенной и напряженной. Бледна, настроение не снижено, отрицает утрату интереса к жизни, снижение способности радоваться либо получать удовольствие. Тестирование внимания и памяти выявило небольшие затруднения. При счете в обратном порядке от 100 устала через несколько цифр и сделала несколько ошибок. Называя по буквам слово из пяти букв, выполнила это задание после двух попыток. Через час из 10 слов вспомнила 5. Способность к чтению, письму, простому счету и наблюдению не изменена, но во время обследования волнуется, становится напряженным. Рекомендован отдых в течение четырех недель, легкие физические упражнения и никаких препаратов. Через месяц чувствовала себя намного лучше. Небольшие трудности в концентрации внимания и памяти исчезли.

- 1) Какие параклинические методы исследования показаны для дифференциального диагноза?
- 2) Какой ведущий синдром описан в задаче?
- 3) С какими психическими расстройствами нужно провести дифференциальный диагноз?
- 4) Какие врачебные действия будут верными в данном случае?
- 5) Возможно ли оформление листка временной нетрудоспособности?

Задача 21.

Больной К-ко., 16 лет. Наследственность не отягощена. Роды в срок. Рос тихим, застенчивым, послушным. В дошкольном возрасте часто болел ангинами, в шестилетнем возрасте была пневмония, в десятилетнем — травма головы с кратковременной потерей сознания. В школу пошел с 8 лет. Успевал хорошо. Психические нарушения возникли остро, на высоте высокой температуры (до $39,5^{\circ}\text{C}$), ознобом, резкими головными болями, плохим самочувствием. На 4-й день стал плохо оценивать окружающую обстановку, не всегда узнавал родных, внезапно порвал одеяло, сбросил со стола посуду,

побежал полуодетый на улицу, прятался от людей. Всю ночь не спал, что-то ловил на стене, на кого-то показывал, переговаривался. Утром следующего дня тревожен, пытается спрятаться под кровать, отталкивает персонал, родных. Просит не убивать его, в страхе что-то стряхивает с себя. При осмотре: дезориентирован во времени, неотчетливо воспринимает окружающее. Ответы односложные, в беседе быстро устает, истощается. Беспочвенно начинает плакать, просит говорить тише, не переносит шума. К вечеру нарастает страх, видит «страшных людей, собак, пауков», плачет, зовет на помощь.

- 1) Есть ли показания для недобровольной госпитализации в данном случае?
- 2) Требуется ли согласие родителей (или опекунов) в конкретном случае?
- 3) Какой синдром описан у данного пациента?
- 4) Психотропные препараты какой группы могут быть назначены данному пациенту?
- 5) Нуждается ли пациент в установлении диспансерного наблюдения

Задача 22.

Больная 65 лет, пенсионерка, 3 года назад поссорилась с соседкой, расстроилась, плакала, ночью не могла уснуть. Наутро услышала голоса соседки и ее родственников, которые угрожали убить ее и детей. Появился страх, не могла оставаться дома, боялась выходить на кухню. С тех пор в течение 3 лет постоянно слышит те же голоса, которые угрожают больной, приказывают выпить все таблетки дома, постоянно оскорбляют ее. Иногда слышит голос своей дочери, который успокаивает больную, советует лечиться. Голоса слышатся из-за стенки и из-за окна. В этой речи часто повторяются одни и те же фразы, звучащие в одинаковом тембре, с одинаковыми модуляциями. Иногда слова произносятся ритмично, подобно тиканью часов, в такт ощущаемой больной пульсации сосудов. При усилении голоса в тишине, особенно ночью, больная становится тревожной, подбегает к окну, утверждает, что сейчас убьют ее детей, а она ничем не может им помочь. В шумной комнате и во время беседы голоса полностью исчезают. Охотно соглашается, что они имеют болезненное происхождение, но тут же спрашивает, за что соседка хочет ее убить. По данным МРТ головного мозга: Хроническая сосудистая недостаточность вещества головного мозга (множественные перивентрикулярные и субкортикальные "сливного" характера очаги сосудистого генеза, смешанная заместительная гидроцефалия).

- 1) О чем свидетельствуют данные МРТ исследования?
- 2) Сформулируйте предварительный диагноз
- 3) С какими заболеваниями стоит провести дифференциальный диагноз
- 4) Квалифицируйте синдром

5) Имеются ли основания у данной пациентки для недобровольной госпитализации?

Задача № 23.

Больная 50 лет, перенесла инфаркт миокарда без зубца Q на ЭКГ. Постинфарктный период протекал без осложнений. Во время проведения нагрузочной пробы через две недели возникла бурная вегетативная реакция со страхом остановки сердца. После этого отказывается от расширения двигательного режима, боится оставаться без медицинского персонала. Испытывает страх «остановки сердца». Появление страха сопровождается сердцебиением, ощущением замирания сердца, обильным потоотделением.

Объективно показатели гемодинамики и ЭКГ в норме, противопоказаний к расширению режима нет.

1) Предварительный диагноз?

2) Какие дополнительные методы обследования требуются в данном случае?

3) С какими психическими или соматическими заболеваниями нужно провести дифференциальный диагноз?

4) Потребуется ли в дальнейшем диспансерное наблюдение врача-психиатра ПНД?

5) Какой основной метод лечения будет показан больному?

Задача 24.

Больной С., 34 года, электрослесарь. В состоянии опьянения получил ожоги II–III степени 25–30% поверхности тела пламенем вольтовой дуги. В тяжелом состоянии доставлен в ожоговое отделение городской больницы, где проведена энергичная противошоковая терапия. Через 6 дней развились явления отека верхних дыхательных путей. Проводилась дегидратационная терапия. Через 8 дней появились психотические нарушения. Был осмотрен психиатром. Большая часть тела покрыта гнойными корками с отделяемым.

Температура тела 38,7; АД 140/80 мм рт. ст. Анализ крови: гемоглобин 14,2%, лейкоцитов 12 800, э 2%, н 22%, с 63%, лимф 6%, моноциты 7%, СОЭ 52 мм в час. Общий белок сыворотки 6,6%. Нормальный диурез, в моче следы белка. Остаточный азот 46 мг%.

Психическое состояние: больной возбужден, беспокойно ворочается в постели, пытается встать, бежать, иногда громко кричит. Дезориентирован во времени, не понимает, что находится в больнице. Правильно называет свои паспортные данные. Постоянно что-то ловит руками в воздухе, отмахивается, срывает с себя повязки. Морщась от боли, то просит, чтобы его не убивали, чтобы сняли повязки с рук и забрали деньги, то ложится на руки, никому не давая до них дотронуться. Видит и слышит знакомых, называет их по имени, просит не обижать его. Пытался выскочить в окно, увидев убийц, грабителей, которые хотели задушить его бинтами. На четвертый день возбуждение несколько уменьшилось.

Температура тела до 38,3° С. Оставался суетливым в пределах постели, эпизодически озирается, что-то шепчет. Большинство вопросов врача оставил без ответов. При перевязке сопротивления не оказывал, стонал. Еще через два дня начал узнавать близких, но разговаривал мало, быстро истощался, замолкал. Большую часть времени дремал, иногда что-то бормоча и вскрикивая.

- 1) Предположительный диагноз психического расстройства?
- 2) Ведущий синдром?
- 3) Какие психотропные препараты из какой группы можно было бы назначить пациенту для купирования психомоторного возбуждения?
- 4) Нуждается ли пациент в назначении диспансерного наблюдения психиатра ПНД?
- 5) С какими заболеваниями и синдромами нужно провести дифференциальную диагностику?

Задача 25.

Больной Н., 52 года, дальнотойщик. По характеру властный, упрямый, энергичный, мнительный и непримирим в суждениях. Многие годы Н. раздумывал о более быстрой разгрузке машин. Дома в свободное время пытался чертить схемы, делать расчеты, но «не хватало знаний, хотя принцип был решен». Обращался «со своим методом» в различные инстанции сначала на работе, затем в городские, чтобы «выдали денег на нужное мне оборудование» Отказы не смущали его; снимал по 30–40 копий со своих схем и расчетов и рассылал по научным учреждениям страны, по научным и научно-популярным журналам. Получаемые отзывы считал необъективными, снимал заверенные копии, пересылал их в административные органы «для восстановления справедливости». Убежденно рассказывает врачу о консерватизме начальства, зависти заинтересованных лиц, обещает «добиться справедливости», «добраться до справедливого решения», советует, куда бы еще написать, собирается ехать в Москву и «пробить свой принцип», «доказать всем, что он не больной», «принести тысячную выгоду государству». Последнее время стал раздражительным, плохо спит, большую часть времени уделяет разбору бумаг, конфликтует в семье.

- 1) Какие дополнительные методы обследования потребуются для постановки диагноза?
- 2) Предположительный диагноз психического расстройства?
- 3) С какими заболеваниями стоит дифференцировать данное состояние?
- 4) Ведущий психопатологический синдром?
- 5) Возможна ли госпитализация данного пациента в недобровольном порядке?

Задача 26.

Больной 28 лет, слесарь. О себе рассказывает, что с детства был каким-то чудным. «Детей в школе сторонился. Когда учился в младших классах, все казалось, что моя мать умрет. Думал, что если я постучу пальцем по дереву пока мама наливает мне чай, то она будет жива, а если не успею — умрет. Когда в школу шел, то все боялся, что на меня нападут другие дети. Портфель держал пряжкой внутрь, это как бы означало, что иду с мирными намерениями, драться не хочу. В школе все ребята сидят, слушают учителя, а я какой-нибудь ерундой занимаюсь. К примеру: “А что было бы, если бы за самый хороший ответ ставили единицу, а плохой отметкой была бы пятерка”. Отгоню эти мысли, слушаю учителя, а потом незаметно опять отвлекаюсь. Из-за этого трудно было учиться, родителей в школу вызывали, ругали за мою невнимательность. Но все-таки школу окончил, получил специальность в техникуме. Все было ничего, но последнее время стали какие-то глупости одолевать, только и думаю, чтобы все предметы у меня лежали симметрично, дома из-за этого жена, ругается. На работе надо машину ремонтировать, а я гаечные ключи симметрично раскладываю. Недавно такой случай был, что стыдно рассказывать: поехал я на поезде на дачу, на одной станции вышел в туалет. Вижу, в унитазе две спички лежат. Когда выходил из туалета, меня словно ударило — вернуться и положить спички симметрично. Вернулся. В унитаз лезть противно, а уйти не могу, даже сердце стало биться, вспотел весь. Все-таки не удержался, залез рукой в унитаз и переложил спички. А поезд в это время ушел».

- 1) Требуется ли состояние пациента недобровольной госпитализации?
- 2) Какие дополнительные методы исследования нужно назначить пациенту?
- 3) Предварительный диагноз?
- 4) Какой синдром описан в данном случае?
- 5) Какой основной метод лечения показан данному пациенту?

Задача 27.

Девушка 20 лет, доставлена в психиатрическое отделение. Анамнез. Единственный ребенок, хорошо училась в школе и никогда не приносила никаких неприятностей своей матери. Хорошо вела себя. Была угодлива, доброжелательна и рада доставить удовольствие кому угодно. В 16 лет хотела учиться дальше, для этого нужно было переехать далеко от дома, и матери это не понравилось, поэтому стала работать в супермаркете. Старалась выполнять работу наилучшим образом, никогда не жаловалась на сверхурочную работу. Её уважали как надежного работника, неоднократно выдвигали на повышение, но она отказывалась. Нравилось гулять с друзьями, но, чувствуя

ответственность перед матерью, проводила большую часть вечеров с ней. Мать с гордостью говорила соседям, что ее дочь «хорошая девочка». В возрасте 20 лет у пациентки произошла первая ссора с матерью, которая категорически возражала против ее встреч с молодым человеком. Когда мать сказала, что она должна будет уйти из дома, если будет продолжать встречаться с «этим», больная упала на диван, закатила глаза. Вскоре у нее появились тонические судороги в руках, которые продолжались 5 минут и сменились клоническими судорогами всего тела, без прикуса языка, самопроизвольного мочеиспускания не наблюдалось. В момент припадка реакция зрачков на свет были сохранены. Весь припадок длился 15 минут.

- 1) Что должен сделать врач в данной ситуации
- 2) Требуется ли госпитализация в данном случае?
- 3) Какие дополнительные методы обследования нужно провести?
- 4) Дифференциальная диагностика данного состояния?
- 5) Предположительный диагноз?

Задача 28.

Больной В., 20 лет. Родился в обеспеченной семье. Воспитывался исключительно в женской среде (мать, бабушка), в условиях гиперопеки. Общения с детьми не было, все время проводил дома среди массы игрушек, книг. Самостоятельно вышел на улицу в 12 лет. Умерли мать и бабушка больного, отец уехал в длительную командировку. Мальчик остался на попечении тети. Некоторое время он учился дома, в 13 лет поступил в школу. Учился отлично, проявлял прекрасные способности, но к школьной среде адаптировался плохо. Среди школьников слыл чудаком. Его раздражали разговоры мальчиков, их шалости. «Школьный мир для меня чужд». Особенно его смущали появившиеся поллюции. С гримасой отвращения, брезгливостью он просил, как можно скорее, «экстренным порядком ликвидировать или свести на нет эту половую деятельность». Избавиться от эрекции стало его жизненной задачей, он перестал посещать школу, не выходил на улицу. Заявлял, что боится людей, боится вообще всего большого, крупного, даже домашних животных. Думал, что они его обидят. Полка «текущего чтения» заполнена научно-технической литературой. Мечтает стать большим ученым — академиком. Думает овладеть двумя специальностями — астрофизикой и математикой. Любит вести беседы с, взрослыми на сугубо научные темы. Интеллект высокий. Больной двигается скользящей походкой, оберегает себя от прикосновения к предметам и людям. Говорит, опустив низко голову, не поднимая глаз на собеседника, вяло, с частыми паузами, книжным языком, пространно. Крайне медлителен, подолгу умывается и

одевается.

- 1) Предположительный диагноз?
- 2) Какие нарушения мышления описаны в задаче?
- 3) Можно ли госпитализировать данного пациента недобровольно в психиатрический стационар?
- 4) Достаточно ли согласия матери для госпитализации в психиатрический стационар?
- 5) Какие дополнительные методы обследования нужно провести пациенту?

Задача 29. Больная А., 35 лет, инженер. По характеру сензитивная, мнительная, повышено интересуется своим здоровьем. В диспансер обратилась больная с жалобами на то, что ее после общения с подругой, перенесшей операцию, преследует мысль о раке молочной железы. Онколог патологии не обнаружил. Понимая, что причин для беспокойств нет, не может заставить себя не думать об этом. Последнее время похудела, быстро устает, жалуется на бессонницу, тревогу, раздражительность, плохой аппетит. Считает себя психически больной. Просит о помощи.

- 1) Требуется ли госпитализация в стационар в данной ситуации?
- 2) Квалифицируйте синдром?
- 3) Сформулируйте предположительный диагноз
- 4) С какими состояниями стоит дифференцировать данное состояние?
- 5) Требуется ли рекомендовать данной пациентке диспансерное наблюдение психиатра ПНД?

Задача 30.

32-летний водитель. Доставлен в состоянии острой паники. Во время военных действий перенес тяжелую психическую травму, когда сестру изнасиловали у него на глазах. Был в тюрьме, подвергался жестоким пыткам. После освобождения вернулся на родину, тяжело болел, перенес повторные операции. С тех пор появились *ночные кошмары: видел сцены пыток и изнасилования*. Это сопровождалось тревогой с пронзительными криками и агрессивным поведением. Настоящее *состояние паники возникло после просмотра по телевизору документального фильма о Второй мировой войне*. При осмотре: настроение и поведение изменчивы. Возбужден, часто дышит, агрессивен, барабанит в дверь и стены. В следующее мгновение выражение лица становится пустым, выглядит безразличным, жалуется на утрату чувств. Явно находится в отчаянии, заявляет, что не может вынести ужасных воспоминаний. Они посещают его постоянно, вызывая стресс в любой ситуации, — какой-либо звук, фотография или рассказ напоминают ему о пережитой

травме. Не хочет говорить о происшедшем, избегает всего, что напоминает ему страшные события. Не может вспомнить определенные периоды своих пыток. «Я не могу составить в сознании полную картину, — жаловался он, — до сих пор некоторые образы и звуки не покинули моего сознания». Испытывал чувство вины и стыда после возвращения домой.

- 1) Предположительный диагноз?
- 2) Какая группа симптомов описана в задаче (выделена курсивом)?
- 3) Какой основной метод лечения показан данному пациенту?
- 4) Соответствует ли данный пациент критериям недобровольной госпитализации?
- 5) Какие дополнительные методы исследования нужно назначить данному пациенту?

Задача 31

Пациентка С. 26 лет, направлена на экспериментально-психологическое обследование в связи с прохождением медико-социальной экспертизы. Охотно вступает в беседу, на вопросы отвечает откровенно. Вначале выражение лица печальное, сосредоточенное, по мере выстраивания контакта настроение пациентки повышается. Доброжелательна, заинтересована в разговоре, с благодарностью принимает внимание, радуется одобрению. Темп деятельности медленный. Речь крайне затруднена: отягощена заиканием, усиливающимся при психоэмоциональном напряжении, к словам прибавляет лишний слог. В письменной речи обращает на себя внимание понятный, аккуратный почерк и лёгкая дисграфия. Мимика и пантомимика скудные.

Ориентирована на успех. Старательна. Стремится исправить свои ошибки. Инструкции понимает легко и удерживает. В связи с выраженным нарушением устной речи на некоторые вопросы пациентке предлагалось отвечать письменно. После 40 минут работы ощущает усталость. Отмечает, что после занятия голова болит сильнее. У пациентки отмечается умеренная общительность, эмоциональная неустойчивость, благоразумие, сдержанность, осторожность, высокую нормативность поведения, робость и скромность, мягкость и чувствительность, развитую подозрительность, высокую тревожность, напряжённость и беспокойство. Светлана признаётся, что хотела бы работать, но боится, что будет уставать и на фоне истощения «психовать», «а это никому не нравится».

1. С помощью каких методов Вы могли бы исследовать вербальный интеллект у данной пациентки?
2. С помощью каких методов Вы могли бы исследовать невербальный интеллект у данной пациентки?
3. Какие черты характера в сфере межличностных отношений свойственны данной пациентке?
4. Нуждается ли пациента в назначении диспансерного наблюдения психиатра ПНД?
5. Нуждается ли пациентка в госпитализации в психиатрический стационар?

Задача 32.

Пациент М., 27 лет. Проходит экспериментально-психологическое обследование. Во время беседы замкнут, погружён в себя, смотрит вниз, редко в глаза собеседника. Выглядит печальным и тревожным. Долго собирается перед ответом на вопрос, шевелит губами, потом коротко отвечает. Наблюдается олигофазия: смысла многих слов не понимает, речь интонационно однообразная. Информацию о себе даёт крайне скудную: в рамках формальных тем. Выражение лица застывшее, удивлённое. Пантомимика практически отсутствует. Сильно оживляется, когда рассказывает о своих увлечениях:

мультфильмах («Том и Джерри») и компьютерных играх («Черепашки-ниндзя») – выпрямляется, широко улыбается, кивает головой, появляется вычурная пантомимика – веером разводит пальцы и трёт их друг о друга. Тот же эффект возникает, когда показывает рисунки, которые нарисовал сам.

Простые инструкции понимает и удерживает, инструкции из нескольких условий - уже нет. В работе старателен. Однако ошибкам и неудачам предаёт малое значение, легко находит успокаивающие слова для себя. К себе не критичен: в будущем предполагает стать художником

Родители описывают М., как тревожного и чувствительного человека, сконцентрированного на своём здоровье, склонного к страхам. Большую часть времени с М. проводит тяжело больная бабушка, к которой пациент очень сильно привязан. По её просьбе он выполняет несложную домашнюю работу. Сам свой день не организует, по улице самостоятельно не передвигается, обязанностей по дому не имеет.

- 1) Какие сферы психики нарушены у данного пациента?
- 2) С помощью каких методов Вы могли бы исследовать вербальный интеллект у данной пациентки?
- 3) С помощью каких методов Вы могли бы исследовать невербальный интеллект у данной пациентки?
- 4) Какой уровень IQ можно предположить у данного пациента?
- 5) Нуждается ли пациент в назначении диспансерного наблюдения психиатра ПНД?

Задача 33.

Пациент А. 55 лет. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Отец пациента страдал гипертонической болезнью, умер от инфаркта миокарда. Пациент по характеру целеустремленный, энергичный. В семье поощрялись лидерские качества. В школе учился хорошо, расстраивался, если получал плохие оценки. Всегда предъявлял к себе и окружающим высокие требования. Получил два высших образования. В настоящее время работает на руководящей должности. Ведя свой бизнес, был тороплив, нетерпелив, стремился во всём быть «перфекционистом», но, чтобы всё сделать идеально не хватало времени. Близким людям нередко говорил о своей профессиональной нереализованности, множестве невыполненных планов. Нередко отмечались перепады настроения: бывал мрачным без видимой причины, мог накричать на подчинённых. Сниженное настроение могло внезапно смениться весёлостью. Несколько лет страдает ишемической болезнью сердца. У терапевта наблюдался нерегулярно, препараты принимал время от времени. Год назад после смерти матери, а также на фоне сложной ситуации на работе перенёс инфаркт миокарда. После периода реабилитации стал ещё более ответственно относиться

к работе. Коллеги отмечают, что стал даже более активным, чем до болезни. Не смотря на тяжесть заболевания, стремится продолжать работу. Избирательно относится к обследованию и лечению, рекомендации врачей выполняет не всегда. Стремится, во что бы то ни стало сохранить свой профессиональный статус и возможность активной трудовой деятельности в прежнем качестве.

- 1) Какое психическое расстройство можно предположить у данного пациента?
- 2) Какие личностные черты могли привести к формированию заболевания у данного пациента?
- 3) Как можно охарактеризовать тип отношения к болезни (по А.Е. Личко)?
- 4) Необходимо ли назначить данному пациенту медикаментозные препараты из группы психотропных?
- 5) Какие психотерапевтические мероприятия вы бы рекомендовали для данного пациента?

Задача 34.

Больной 57 лет, обратился к Вам (на амбулаторном приеме) с жалобами на боли в груди, надсадный сухой кашель, одышку. Мокрота отделяется редко, с трудом, скудная. Иногда отмечает прожилки крови в мокроте. В анамнезе ОРЗ, грипп, как правило, переносил на ногах. Работает строителем 8 лет, до этого в течение 26 лет строил промышленные объекты в Семипалатинской области. Болен 2 месяца. За это время отмечает быструю утомляемость, нарастающую слабость. Прекратил работать. Температура была повышенной только в первую неделю заболевания. Во время осмотра температура нормальная. При аускультации в легких дыхание везикулярное, несколько жестче справа. Периферические узлы не увеличены. Во время беседы пациент выглядит удрученным, сидит с низко опущенной головой. Говорит о неверии в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Настроение снижено, «кому я нужен больной, у семьи на шее сидеть буду...». В целом настроен пессимистично, не верит в успех лечения.

- 1) Какие аспекты влияния заболевания на психику пациента можно выделить?
- 2) Какие факторы влияют на формирование внутренней картины болезни у данного пациента?
- 3) Как можно охарактеризовать тип отношения к болезни (по А.Е. Личко)?
- 4) Ваша тактика как врача первичного звена?
- 5) Какие медикаментозные и психотерапевтические мероприятия можно рекомендовать данному пациенту?

Задача 35.

Больная 52 лет, жалуется на одышку, кашель с мокротой зеленоватого цвета, слабость, потливость. Считает себя больной в течение многих лет. Болезнь протекала волнообразно, вначале с редкими, а затем с более частыми обострениями. В последнее время ухудшился аппетит, заметила похудание, усилилась одышка. При осмотре отмечено укорочение перкуторного звука на верхушке правого легкого. Здесь же прослушивается резко ослабленное дыхание с бронхиальным оттенком, скудные сухие хрипы. По характеру пациентка всегда была недоверчивой, подозрительной, часто вступала в конфликты с коллегами по работе, считала, что те «завидуют ей». Проживает одна, детей и близких родственников нет. На приёме у врача высказывает уверенность в том, что её заболевание – результат злого умысла коллег с её бывшей работы. Крайняя подозрительность и настороженность к разговорам о себе, к назначаемым обследованиям. Сомневается в компетентности врачей. Говорит о том, что «найдёт виноватых, они за всё ответят».

- 1) Какое психическое заболевание можно предположить у данной пациентки?
- 2) Как можно охарактеризовать тип отношения к болезни (по А.Е. Личко)?
- 3) Какие личностные черты повлияли на формирование данного типа отношения к болезни?
- 4) Нуждается ли пациента в госпитализации в психиатрический стационар?
- 5) Нуждается ли пациентка в назначении психотропных препаратов?

Задача 36.

Пациент М., 30 лет. Злоупотребляет алкоголем на протяжении нескольких лет. Обратился за психотерапевтической помощью. Наследственность отягощена алкоголизмом отца. Злоупотребление алкоголем связывает с фрустрирующей ситуацией «крушения надежд». После службы в армии «вынужден» был жениться на женщине, которая сообщила о беременности в позднем сроке. Считает, что с браком «рухнули все планы на будущее», предъявляет к себе высокие требования по содержанию семьи, употребление алкоголя помогает «отвлечься от проблем, необходимости их решения». Отмечает позитивные и негативные стороны употребления - «забываешь о проблемах», избавляет от депрессии, «освобождает голову», освобождает от чувства долга по отношению к семье; мешает самореализоваться, усиливает депрессию, увеличивает проблемы, разрушает семью. У пациента отмечена противоречивость в высказываниях и поведении, например потребность в заботе со стороны родителей и конфликтное поведение с ними, направленное на сепарацию и желание быть «свободным». Пациент может обозначить внешние провоцирующие ситуации на употребление алкоголя, такие как недовольство

жены, по поводу выполнения им супружеских обязанностей, особенно в ситуации, когда пациент считает, что усилием воли проявлял заботу о семье, ситуации, когда родители звонят, интересуются делами, воспринимаются пациентом, как, контроль за поведением и лишение возможности самостоятельно делать выбор. Внутренние провоцирующие переживания – не готовность к ответственной семейной жизни, крушение надежд, одиночество, не возможность реализовывать намеченные ранее планы, сопровождающиеся «кручиной».

- 1) Какое заболевание можно предположить у данного пациента?
- 2) Какие личностные черты могли привести к формированию заболевания у данного пациента?
- 3) Как можно охарактеризовать тип отношения к болезни (по А.Е. Личко)?
- 4) Какие виды психотерапии показаны данному пациенту?
- 5) Показано ли медикаментозное лечение данному пациенту?

Задача 37.

Пациентка С., 30 лет. По характеру впечатлительная, внушаемая, ответственная. Обратилась к хирургу с жалобами на боли в области правого коленного сустава, возникающие при физических нагрузках. 2 года назад во время похода в горы получила травму колена, возникли сильные боли, которые были купированы обезболивающими препаратами. В последующем симптомы исчезли, за медицинской помощью не обращалась. За последние 2 месяца вновь появились сильные боли. Во время приёма врач торопился, осмотр проводил бегло. Без проведения дополнительных обследований выставил диагноз: Деформирующий артроз 1 степени, горизонтальный разрыв мениска, тонкий разрыв ПКС, теносиновит, синдром гипермобильности суставов по шкале Бейтона 9 из 10. При этом врач сказал пациентке о том, что прогноз её заболевания неблагоприятный, заболевание будет быстро прогрессировать и вскоре необходимо будет протезировать коленный сустав. Были даны рекомендации по приёму дорогостоящих препаратов и рекомендована операция по удалению мениска. После визита к врачу пациентка отметила резкое снижение настроения. Стала искать в интернете информацию о своём заболевании, «убедилась в том, что скоро её ждёт инвалидное кресло», стала подавленной. Ничего не хотелось делать. В воображении рисовала себе картины безрадостного будущего, полной обездвиженности и беспомощности. По настоянию друзей обратилась к другому хирургу. Было проведено МРТ-исследование коленного сустава. Врач беседовал с пациенткой доброжелательно, подробно отвечая на все её вопросы. Диагноз «разрыв ПКС, синдром гипермобильности суставов» был опровергнут. Рекомендована артроскопическая операция по удалению мениска. После посещения

второго специалиста настроение пациентки повысилось, «появилась надежда». Через несколько недель была проведена успешная операция. После периода восстановления болевой синдром полностью купировался, состояние было удовлетворительным.

- 1) Какие ошибки во взаимодействии с пациентом были допущены первым специалистом?
- 2) Как называется данное последствие нарушения взаимодействия «врач-пациент»?
- 3) Какие личностные черты пациентки повлияли на развитие данного состояния?
- 4) Какие ещё последствия нарушения взаимодействия «врач-пациент» Вы знаете?
- 5) Нуждается ли пациентка в назначении психотропных препаратов?

Задача 38.

Мужчина, 27 лет. Обратился за консультацией психолога. Работает неврологом в городской поликлинике. Ответственный, исполнительный. Во время учёбы в медицинском университете был старательным студентом, мечтал помогать людям, приносить пользу. По характеру всегда был спокойным, старался избегать конфликтов. Никогда не имел много друзей, избегал шумных компаний, предпочитал проводить время за компьютером. Увлекался чтением фантастической литературы, иногда сам сочинял рассказы на фантастические темы. На старших курсах колебался в выборе будущей специальности между психиатрией и неврологией. В итоге выбрал неврологию и, ещё будучи студентом, начал изучать зарубежную литературу, интересоваться данными новейших исследований в сфере неврологии. После окончания ординатуры пытался работать в частной клинике. Однако ушёл оттуда из-за сложных взаимоотношений с коллегами и «несправедливого распределения заработной платы». Устроился в поликлинику. Работая на ставку врача невролога, выполняет работу в гораздо большем объёме, чем регламентировано должностными инструкциями в связи с отсутствием в штате второго врача невролога. Столкнулся с низкой заработной платой и неудовлетворительными условиями труда. Финансовые сложности переживает особо остро, так как вынужден помогать родителям, находящимся на пенсии. Своей семьи не имеет, женат не был. В последнее время стал замечать, что быстро устаёт на работе. Стало возникать чувство бессмысленности, ненужности выполняемой работы. Настроение часто снижено. Если раньше было стремление разбираться со «сложными» пациентами, подбирать современные способы терапии, то теперь выполняет свои обязанности формально. К концу рабочей недели ощущает усталость и опустошение. Выходные проводит один дома. Нередко возникает желание принять алкоголь. Говорит о том, что «разочаровался в неврологии», современные книги, которые изучал, оказываются «никому не нужны». Задумывается о переезде в другой город, но останавливают финансовые сложности и мысль о том, что «переезд ничего не решит,

будет всё то же самое».

- 1) Как Вы можете охарактеризовать состояние клиента?
- 2) Какие объективные факторы привели к формированию данного состояния?
- 3) Какие личностные факторы способствовали формированию данного состояния?
- 4) Какие профессии предрасполагают к развитию данного состояния?
- 5) Какие психотерапевтические мероприятия можно рекомендовать пациенту?

Задача 39.

Пациентка Т., 45 лет. По характеру добрая, спокойная, всегда стремилась «всем помогать». В последние годы отмечает серьезные проблемы в семейной жизни. Несколько месяцев назад установлен диагноз Рак яичников. Выявлены метастазы в лимфоузлы. Однако родственники пациентки отмечают активное отбрасывание ею всех мыслей о болезни, о возможных ее последствиях, вплоть до отрицания очевидного. Стала говорить близким, что «наверное в анализах произошла ошибка», имеющиеся симптомы списывает на проявления других менее серьезных заболеваний. Отказывается от лечения, стремится «разобраться самой» и «обойтись своими средствами», надеется на то, что «само все обойдется».

- 1) Как можно охарактеризовать тип отношения к болезни (по А.Е. Личко)?
- 2) В чём опасность данного типа отношения к болезни?
- 3) Ваша тактика в отношении пациентки как врача первичного звена?
- 4) Необходимо ли назначить данной пациентке медикаментозные препараты из группы психотропных?
- 5) Нуждается ли пациентка в назначении диспансерного наблюдения врача-психиатра ПНД?

Задача 40.

Больной К., 37 лет. Отец алкоголик, замерз пьяный. Мать умерла от рака. Рос и развивался нормально. Окончил 8 классов и техникум. Учился посредственно, много времени проводил на улице. По характеру вспыльчив, обидчив. Со спиртным познакомился в 12 лет, в компании отца. Учась в техникуме, часто употреблял спиртное. Через год утратил рвотный рефлекс. С 24 лет опохмеляется. В последние 5 лет - запои по 20—25 дней с перерывами по 2—3 дня. Абстиненция с каждым годом протекала все тяжелее. В опьянении стал злобен, раздражителен, нередко амнезировал его. Из-за частых пьянок совершал прогулы, получал выговоры, часто менял места работы, выполняя все менее квалифицированную работу. В семье стал невыносим, конфликтовал, избивал жену и детей, продавал вещи.

Две недели не выходил на работу, пил. За 3 дня до госпитализации нарушился сон.

Вечером услышал мужской голос: «пьяница», «свинья», «подлец», «разорил семью», появилась тревога. Назавтра услышал, что за окном двое мужчин говорят о нем, называют по имени, приглашают выпить, бранят. Позже «голоса» разделились: одни обвиняли, угрожали расправой, другие пытались защитить. Бегал по улице, просил помочь ему, прятался у соседей. Бригадой «скорой помощи» доставлен в психиатрическую больницу. При поступлении тревожен, подозрителен. Ориентирован полностью. Испытывает страх. Просил, чтобы его спасли, не дали убить. «Голоса» принимает за реальные, объясняет их тем, что «сговорились», «завистники мстят ему», пытаются навредить. Постоянно слышит мужские голоса, раздающиеся из соседней комнаты, из-за стены; реже женские, которые тоже бранят, «обзывают пропойцей, развратником». В ходе беседы постоянно прислушивается, замолкает, начинает отвечать «голосам» требует «прекратить безобразия».

- 1) Определить синдром послуживший причиной госпитализации?
- 2) Какая стадия алкоголизма описана в данной задаче?
- 3) Какие факторы можно отнести к предрасполагающим к развитию данного заболевания?
- 4) Определите тактику лечения данного пациента.
- 5) Каков прогноз данного заболевания?

Задача 41.

Больной Ф. 39 лет. Отец алкоголик. Мать - вспыльчивая, обидчивая женщина. В детстве развивался нормально. Часто болел простудными заболеваниями. Окончил 8 классов и ПТУ. Работал на заводе слесарем. По характеру — добрый, подчиняющийся. Со спиртными напитками познакомился в 13 лет, когда отец настоял, чтобы сын выпил в день рождения. Служил в Армии в течение 3 лет, имел взыскания за выпивку. После демобилизации женился, имеет двух здоровых детей. Выпивал первые годы 3—4 раза в месяц, затем 2—3 раза в неделю. Вскоре перестал понимать «как это выходные дни без водки провести». Перестал контролировать количество выпиваемого, утратил рвотный рефлекс. Вскоре присоединился синдром похмелья. Пьянствовал вместе с женой, не следили за детьми. Приходил на работу с похмелья, был уволен с завода, устраивался на различные работы, нигде не удерживался больше 3—6 месяцев. В состоянии опьянения скандалил, бил жену, детей. Были лишены родительских прав. Стал пьянеть от 100—150 г водки, употреблял суррогаты. После длительных запоев испытывал устрашающие кошмарные сновидения. Ночью вскакивал, стучал соседям, требуя, чтобы они прогнали чертей с балкона. В связи с неправильным поведением был доставлен в психиатрическую клинику.

В отделении вел себя беспокойно, тревожен, не понимал, где находится, кто его окружает. Падал на колени, прося помиловать его, так как считал, что присутствует на суде. В страхе вскакивал, спрашивая: «Зачем сюда пустили чертей?». Называл имена собутыльников, прося у них прощения, обещая вернуть долги. Требовал у персонала перестать подбрасывать ему в постель клопов, тараканов, стряхивал их на пол, перебирал постель, приносил их в кулаке врачу. На чистом листе бумаги увидел приговор.

- 1) Определить синдром ставший причиной госпитализации?
- 2) Какая стадия алкоголизма описана в данной задаче?
- 3) Соответствовал ли пациент критериям недобровольной госпитализации?
- 4) С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз?
- 5) Каков прогноз данного заболевания?

Задача 42.

Больной С., 33 года, инженер. По характеру активный, самоуверенный, властный. Женат 10 лет. Последние 3 года злоупотребляет алкогольными напитками, опохмеляется. Однажды жена пришла с подругой, которая восхищалась новым сослуживцем, говорила, что «все женщины без ума от него, влюбились», в шутку заявила, что жена больного «не будет исключением»; После ухода подруги С. поссорился с женой, «допытывался о ее чувствах», стал сопоставлять факты опозданий жены с работы, подробно расспрашивал ее, какими путями она возвращается с работы, в каких магазинах бывает, много ли было народу в магазине и т. п. Позже хронометрировал время, уличая в обмане, в неверности. В состоянии опьянения требовал признания в измене, назвать имя любовника, не стеснялся присутствия сына. Когда жена находилась дома в связи с болезнью ребенка, расспрашивал сына о всех проходящих в дом людях. Интересовался поведением жены на работе, звонил, чтобы проверить, на месте ли она, незаметно провожал с работы. Если она приходила домой вовремя, раскаивался, а через день вновь скандалил, если жена опаздывала. В отделении поведение правильное. Недоволен госпитализацией: «Теперь жене свобода», приводит доводы и предположения о неверности жены, в основном малозначащие, неубедительные. Иногда соглашается, что неправ, но чаще пытается убедить врача в «неоспоримых фактах».

- 1) Определить синдром?
- 2) Определите заболевание?
- 3) Соответствовал ли пациент критериям недобровольной госпитализации?
- 4) Психотропные препараты какой группы нужно назначить данному пациенту?
- 5) Каков прогноз заболевания?

Задачи 43.

Больной 3., шофер. Заболел остро после месячного запоя. Две предыдущих ночи спал тревожно, беспокоили устрашающие сновидения. На третью ночь развилось двигательное возбуждение: крутил «баранку автомобиля», звал своих товарищей по работе, раздавал задания, требовал выполнения. После того как был доставлен в психиатрическую больницу, оставался тревожным, беспокоился об оставленной машине, переговаривался с «напарником», возмущался, что его задерживают, показывал в окно, что на улице из-за его машины образовался затор. Просил врача быстрее отпустить, так как он зашел на минутку проведать товарища по работе.

- 1) Определить синдром, ставший причиной госпитализации?
- 2) Какая стадия алкоголизма описана?
- 3) Является ли настоящее состояние пациента угрожающим жизни и в чём его опасность?
- 4) Определите тактику лечения данного пациента.
- 5) Соответствовал ли пациент критериям недобровольной госпитализации?

Задача 44.

Рабочий 35 лет. Отец - алкоголик. Сам он выпивает 5-6 бутылок пива ежедневно на протяжении более трех лет. За последний год несколько раз терял работу, сейчас находится под угрозой увольнения. Вечером, после падения с лестницы, сломал ногу и был госпитализирован в травматологическое отделение. На третий день пребывания в больнице стал чрезмерно нервным, и у него появился тремор. На вопрос о злоупотреблении спиртными напитками дал отрицательный ответ, сообщил, что иногда выпивает бутылку пива. На протяжении ночи не мог уснуть, речь была бессвязна, был тревожен.

Состояние при осмотре. Речь бессвязна. Считает, что находится на заводе. Врача и медсестру принимает за своих коллег по работе. Несколько раз пациент «давил клопов», которых видел на простыне. Дезориентирован во времени, прислушивается к малейшему шуму за стеной. Наблюдается тремор, не мог держать стакан, не выплеснув большую часть его содержимого. Постоянно порывается встать с постели и не осознавал, что нога находится в гипсе.

- 1) Определить синдром?
- 2) Определите заболевание?
- 3) Соответствовал ли пациент критериям недобровольной госпитализации?
- 4) Психотропные препараты какой группы нужно назначить данному пациенту?
- 5) Каков прогноз заболевания?



Задача 45

Пациент 30 лет. В возрасте 25 лет один из приятелей убедил его попробовать амфетамины. После внутривенной инъекции 20 мг он почувствовал себя могучим, всемогущим. Через некоторое время постоянного употребления он понял, что уже не может остановиться. Постоянно думал о том, как бы достать наркотик, повышал дозы. Когда не мог достать, наступали сонливость и раздражительность. Жена догадалась, что он наркоман, убеждала его остановиться. За два месяца до госпитализации в психиатрическую больницу пациент потерял работу. Лишившись доходов, был вынужден перейти от ежедневных инъекций наркотика к случайным, наконец прекратил его употребление полностью после угрозы развода. Без наркотика он чувствовал себя очень усталым, выглядел угрюмым. Несколько недель спустя он сказал жене, что слышит, как торговцы наркотиками разговаривают о нем на улице, стал напряженным и тревожным. Запирал на замки двери и окна, перестал есть, так как опасался отравления. Состояние при осмотре. Выглядит молчаливым и замкнутым, на вопросы отвечает коротко. Настроение равнодушное, несмотря на то, что он ощущал себя преследуемым бандой продавцов наркотиков, которые время от времени говорили о нем или обращались к нему. Пациент в ясном сознании, полностью ориентирован и не обнаруживает заметных изменений интеллекта.

Физический осмотр, включая неврологическое обследование, не выявил отклонений от нормы, за исключением следов инъекций на левой руке — результат потребления амфетамина. ЭЭГ — в норме.

- 1) Определить синдром, ставший причиной госпитализации?
- 2) Определите основное заболевание?
- 3) Соответствовал ли пациент критериям недобровольной госпитализации?
- 4) Психотропные препараты какой группы нужно назначить данному пациенту?
- 5) Каков прогноз заболевания?

Задача 46

Больной Б., 15 лет. Доставлен в психиатрическую больницу в состоянии выраженного психомоторного возбуждения. Испытывает жесточайший страх, рвется из рук, кричит. Временами успокаивается, смотрит в одну точку, показывает пальцем в угол: «Вон. Вон, смотрите. Там. Не надо. Помогите-е-е!». Вскакивает, стремится к двери, истошно вопит, речь бессвязна. Дезориентирован. Физическое состояние. Гиперемия лица, шеи, верхней части туловища. Кожа и губы сухие, потрескавшиеся. Пульс 120 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный. АД 150/90 мм рт. ст. Температура 37,9. Неврологическое состояние. Зрачки резко расширены, реакция на свет отсутствует. Резко

оживлены сухожильные рефлексы, при их вызывании наблюдаются подергивания в отдельных группах мышц, атетозоподобные движения в верхних конечностях.

Из рассказов родственников стало известно, что больной накануне заболевания по совету приятелей заварил и выпил травяной состав «Астматол». Состояние купировано введением подкожно эзерина, аминазина, дезинтоксикационной терапии. Полностью амнезировал острый период, не скрывает, что несколько раз употреблял наркотики. Быстро устает в беседе. У больного повышенная чувствительность к громким звукам. Настроение понижено, раскаивается в своем поступке, плачет.

- 1) Определить синдром?
- 2) Определите тактику лечения данного пациента.
- 3) Каков прогноз данного заболевания?
- 4) Какие психотерапевтические мероприятия в последующем можно рекомендовать данному пациенту?
- 5) Какова процедура получения информированного согласия у данного пациента?

Задача 47

Больной Щ., 19 лет. Направлен в психиатрическую больницу с подозрением на наркоманию. Рано потерял родителей, с 5 лет воспитывался в детдоме. С 7 лет учился в школе, любил литературу и географию. Мечтал стать известным путешественником, фантазировал. Рассказывал ребятам, что отец у него знаменитый геолог. Однажды жестоко избил мальчика, который усомнился в правдивости его рассказа. Боясь наказания, убежал, возвращен полицией. В последующие годы побег повторялся, учился плохо. После окончания восьмилетки поступил в ПТУ и получил специальность слесаря. До призыва в армию работал по специальности. В деле призывника имеются сведения об употреблении наркотиков. Но больной категорически отрицает это. Указал, что только однажды ему сделали инъекцию морфия при аппендэктомии. Упорно доказывал, что на призывном пункте ошиблись, возмущался.

Физическое состояние. Худ, бледен. Кожа сухая с землистым оттенком. В области обоих предплечий, особенно левого, следы нагноений, звездчатые рубцы, инфильтраты. Пульс 64 удара в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный. АД 100\60 мм рт. ст. Живот мягкий. Запоры. Неврологически без патологии.

Через 14 часов появились зевота, слезливость, тремор рук, гусиная кожа, озноб, расширение зрачков. Не спал, отмечалась тошнота, жаловался на давление и ломоту в суставах, мышцах. Утром раздражителен, груб, требует оказать помощь. Заявляет, что простудился (озноб, ломоту в теле, жар). Упорно отрицает употребление наркотиков. Лжив, неискренен. Выпрашивал у больных транквилизаторы. Вечером пригрозил

персоналу, что убежит из отделения.

- 1) Определить синдром?
- 2) Какое заболевание можно заподозрить у данного пациента?
- 3) Какие наследственные, личностны и социальные факторы могли привести к развитию данного заболевания?
- 4) Определите тактику лечения данного пациента.
- 5) Какие психотерапевтические мероприятия в последующем можно рекомендовать данному пациенту?

Задача 48

Больной В., 35 лет. Спиртные напитки стал употреблять с 15-летнего возраста. Выпивал в компании по праздникам, умеренно, никогда не напивался. В состоянии опьянения был весел, общителен, смел и активен. Быстро привык к алкогольным напиткам, потерял чувство меры, исчез рвотный рефлекс, стал пить все подряд: водку, вино, спирт, денатурат. В 25 лет сформировался абстинентный синдром. В состоянии похмелья был угрюм, подозрителен, жаловался на головную боль, боль в области сердца, руки тряслись, покрывался холодным потом. Сформировались запои по 10-12 дней, в течение дня выпивал до литра водки, "не считая вина". Последние три года появилась интолерантность к алкоголю, стал пьянеть от 200-250 мл красного вина. Поступил в психиатрическую клинику после 12-дневного запоя. Сразу нарушился сон; отмечались бессонница, тревога. Во вторую ночь тревожен, озирается по сторонам, внезапно вскочил на постель и стал отмахиваться. Заявил, что в комнату напустили крыс с длинными хвостами, усаженными "ядовитыми шипами", крысы превращались в чудовищ с рогами, шипами, змеями вместо шерсти; оборонялся от них, бросал в них вещами.

Возбужден, в страхе озирается, не сразу удаётся привлечь внимание больного. С готовностью отвечает на вопросы, касающиеся его личности. Правильно сообщает сведения о себе. Предполагает, что находится в тюрьме, не может назвать дату. Видит, что в палате "полно крыс, тараканов, пауков". Легко удаётся вызвать зрительные галлюцинации, указав на темное место палаты, при надавливании на глаза. Тогда видит крыс, черных кошек. Ночью вытягивал изо рта воображаемые волосы, заявляя, что его хотят удушить "комком волос". Четыре ночи подряд не спал. Отвечал отрывочно, бессвязно и лишь после многократных повторений. На пятые сутки больной ночью уснул. Наутро спокоен, охотно беседует, правильно отвечает на вопросы. В отделении болтлив, склонен к грубым шуткам. Алкоголиком себя не считает, отказывается лечиться от алкоголизма.

- 1) Определить синдром.

- 2) Какая стадия алкоголизма описана в задаче?.
- 3) Какой тип отношения к болезни наблюдается у больного?
- 4) Какие изменения личности, характерные для данного заболевания, наблюдаются у больного?
- 5) Каков прогноз данного заболевания?

Задача 49

Больной Ш., 43 лет. Пьет с 20 лет, но последние годы ежедневно по 300—400 г, иногда и больше. Есть потребность опохмеляться. За 3 дня до поступления в больницу появилась бессонница, головная боль, тревога. К вечеру перед глазами возникала сетка, паутина. Был удивлен, что в комнате так грязно, сказал об этом жене. Затем появились зрительные галлюцинации: видел страшных людей с уродливыми лицами, мелких животных с обилием ножек, кошек, собак, которые пытались наброситься на него, хватали его за одежду. Казалось, что по телу ползали мелкие насекомые, которых пытался снять, но в руках ничего не оказывалось. За окном слышал детские голоса, кто-то заглядывал в окно. В больнице недостаточно ориентирован, тревожен, напряжен, продолжает испытывать зрительные, в меньшей степени слуховые галлюцинации. Беспокоен. Не спит даже после снотворных. Лицо гиперемировано, язык обложен. Тоны сердца глухие. Пульс учащен. Неврологически: крупное дрожание в пальцах вытянутых рук, общее дрожание в теле. Сухожильные рефлексы повышены. Патологических рефлексов нет. Гипергидроз.

Такое состояние продолжалось 3 дня. Затем галлюцинации уменьшились и появлялись только к вечеру, а через 2 дня исчезли совершенно. Больной испытывал слабость. Осталось дрожание в руках, которое прекратилось через 2 недели.

- 1) Определить синдром, ставший причиной госпитализации?
- 2) Определите основное заболевание?
- 3) Определите прогноз данного заболевания.
- 4) Что можно рекомендовать пациенту после выписки?
- 5) Соответствовал ли пациент критериям недобровольной госпитализации?

Задача 50.

Больной З., 17 лет. Отец злоупотреблял алкоголем; злой, раздражительный, грубый. Мать мнительная, чувствительная. Больной — единственный ребенок в семье. В детстве развивался нормально. Учиться начал с 7 лет, зная к этому времени простейшие математические действия, умея читать. Учился охотно, отлично успевая по всем предметам. Всегда был робок, застенчив, обидчив, но обидами ни с кем не делился. Предпочитал уединение с книгой. Нередко родные заставляли его после прочтения очередной книги о чем-то мечтающим, задумчивым. В 9-м классе резко понизилась

успеваемость, хотя так же подолгу просиживал за подготовкой к занятиям. Учителя говорили матери, что стал аморфно высказывать свои мысли, отказывался от ответа. Пояснил матери, что не может сосредоточиться, что при подготовке к экзаменам «мысли куда-то уходят, отвлекаются, не может сосредоточиться». Все так же много читал, но круг интересов изменился: стал прочитывать собрания сочинений русских классиков: Ф. М. Достоевского, Л. Н. Толстого, А. П. Чехова, от первого до последнего томов, интересовался библией, философией. Вечерами делал из этих книг какие-то выписки в общую тетрадь, не разрешая читать ее родным. Стал жаловаться на головную боль, быструю утомляемость, колебания настроения без повода и «как бы отдельно от меня». Изменилось отношение к родным: мог накричать на мать, обругать ее, как-то пообещал убить, если она будет мешать ему заниматься изучением классиков. Был направлен на консультацию к психиатру. При беседе сообщил, что стремится разобраться «в целях жизни и предназначении человека». Мир своих переживаний раскрывает неохотно, отрывочно, иногда злобно предлагает «узнать все у мамочки, которая так воспитала». В отделении ни с кем не общается, отказывается от выполнения даваемых ему поручений, от прогулок, объясняя, что не может «растрачивать зря время, данное на познание». Груб с матерью, если она на свидание не принесла очередной том классика, зло требует немедленно разыскать его и тут же принести, отказывается взять у нее передачу, пока она не выполнит его требования. Планы на будущее неопределенны, расплывчаты: «О чем думать, если я еще не закончил познание». От приема лекарств категорически отказывается.

- 1) Определите ведущий синдром.
- 2) О каком заболевании вероятнее всего идет речь?
- 3) Каким критериям недобровольной госпитализации соответствует данный пациент.
- 4) Чье информированное согласие нужно получить для проведения психиатрического освидетельствования.
- 5) Препараты из какой группы должны быть назначены для лечения данному пациенту?

5.3. Рекомендуемая литература

Основная литература:

1. Александровский Ю.А. Психофармакотерапия. - М.: Академия, 2005. - 128с.
2. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства, 4-е изд.- М.: ГЭОТАР –Медицина, 2007. - 720с.
3. Гудман Р., Скотт С. Детская психиатрия. - М.: Триада Х, 2008.- 405с.
4. Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия и наркология. - М.: ГЭОТАР Медицина, 2006.- 832 с.
5. Мнухин С.С. Хрестоматия по психиатрии детского возраста. - СПб.: Изд-во Р.Асланова, 2008- 315с.

6. Мосолов С.Н. Биполярное аффективное расстройство: диагностика и терапия. – М.: МЕДпресс-информ, 2008.- 384с.
7. Психиатрия. Национальное руководство. - М.: Гэотар-Медицина, 2009.- 1000с.
8. Тиганов А.С. Общая психопатология. Курс лекций. - М.: «МИА», 2008.- 128с.
9. Шацберг А.Ф. Руководство по клинической психофармакологии. Пер. с англ. М.: МЕДпресс-информ, 2013 -608с.

Дополнительная литература:

1. Бобров А.С. Эндогенная депрессия. - Иркутск: РИО ГИУВа, 2001.- 384с.
2. Брызгунов И.П., Касатикова Е.В. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей.- М.: Медпрактика, 2002.- 128с.
3. Бухановский А.О. и др. Общая психопатология: Пособие для врачей / А.О. Бухановский и др. Отв.ред. А.О.Бухановский. 2-е изд., перераб. и доп.- Ростов н/Д: Феникс, 2000.- 416с.
4. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении.- 2-е изд., перераб. и доп.-СПб.: Питер, 2001.- 428с.
5. Войтенко Р.М. Социальная психиатрия с основами медико-социальной экспертизы и реабилитологии: Руководство для врачей и психологов.- СПб.: Фолиант, 2002.- 256с.
6. Данилова Л.Ю., Каган В.Е. Помрачения сознания синдрома. В кн. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста /под общей редакцией С.Ю. Циркина, СПб, Питер, 2001 с. 332 – 338
7. Зенков Л.Р. Клиническая эпилептология (с элементами нейрофизиологии).- М.: МИА, 2002.- 416с.
8. Киссин М.Я. Клиническая эпилептология. - М.: Гэотар-медицина, 2009 – 256с.
9. Руководство по социальной психиатрии / Под ред. акад. Т.Б.Дмитриевой.- М.: Медицина, 2001.- 559 с.
10. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине: Руководство для врачей.- М.: Мед. информ. агенство, 2001.- 255с.
11. Снежневский А.В. Общая психопатология: Курс лекций. М.: МЕДпрессинформ, 2001, 208с.
12. Фролов Б.С., Пашковский В.Э. Основные психопатологические синдромы. СПб: «Изд.дом МАПО- 2008-240с.
13. Шизофрения: Изучение спектра психозов / Под ред. Р.Дж.Энсилла и др.Пер с англ. О.С.Лебедева.- М.:Медицина, 2001.- 392с.
14. Макаров И.В. Клиническая психиатрия детского и подросткового возраста. СПб. Наука и техника, 2013.- 416с.

Методические рекомендации и пособия по изучению программы:

1. Некрасов В.А. Исторический очерк кафедры психиатрии СЗГМУ им. И.И.Мечникова. Санкт-Петербург, Издательство СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2014;
2. Поляков Ю.И., Полякова Г.Ю. Кара О.В. Независимые компоненты вызванных потенциалов в психиатрии. Санкт-Петербург, Издательство СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2014;
3. Якупова Г.А., Воропаев А.С., Соляник М.А. Патология памяти. Санкт-Петербург, Издательство СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2014;
4. Соляник М.А., Кидяева А.В., Снедков Е.В. Обследование пациента психиатрического профиля. Санкт-Петербург, Издательство СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2014
5. Соляник М.А., Кидяева А.В., Снедков Е.В. Глоссарий психиатрических терминов. Санкт-Петербург, Издательство СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2014;
6. Задорожная О.В. Хронический вирусный гепатит у больных шизофренией. Санкт-Петербург, Издательство СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2014;

7. Снедков Е.В., Мучник П.Ю. Дифференциальная диагностика аффективных расстройств в психиатрическом стационаре. Санкт-Петербург, Издательство СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2014.