



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 31.08.21 Психиатрия-наркология

Трудоемкость: 3 зе

Санкт-Петербург  
2019 г.

## **1. Общие положения**

Государственная итоговая аттестация по основной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология (далее – ГИА) проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология (далее – Программа) требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология (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 исполнительской власти, осуществляющем 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 среди 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 с психическими и поведенческими расстройствами, обусловленными употреблением психоактивных веществ (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 31.08.21 Психиатрия-наркология 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 вопросы 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**

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

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

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

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

## **Ситуационные задачи**

### **Задача 1.**

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

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

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

«четверть».

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

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

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

1.Оцените состояние. Каков предположительный диагноз?

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

3. Какова ваша тактика при отсутствии должного лекарственного обеспечения?

### Задача 2

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

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

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

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

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

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

2.какую лекарственные терапию Вы назначите?

3.какие анализы необходимо сделать?

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

### Задача 3

Мужчина 32-х лет поступил на лечение в наркологическую больницу, со слов последние 6 месяцев употреблял «бутират» кустарного производства, последнее время доза доходила до 100 – 150 мл в сутки. Последнее употребление – за 2 дня до поступления. При обращении

предъявлял жалобы на выраженную слабость, тревогу, бессонницу (не спал 2 ночи), «дрожь во всем теле». Был ориентирован, психотические расстройства не выявлялись.

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

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

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

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

1. Поставьте диагноз.
2. Определите тактику лечения.

#### Задача 4

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

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

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

### Задача 5

Мужчина 30 лет, был доставлен в приёмное отделение наркологической больницы друзьями. Со слов сопровождающих, пациент в течении последних 3-х дней употреблял кокаин интраназально,夜里 не спал, в день обращения так же употреблял наркотик. На фоне приёма ПАВ стал странно себя вести: не понимал где находится, был суетливым, агрессивным, считал, что «сейчас придёт полиция и всех заберет», стремился убежать, спрятаться. При осмотре, возбужден, беспокоен, тревожен, на месте удерживается с трудом, говорит громким голосом, на вопросы отвечает не по существу, многоречив. Дезориентирован в месте и времени, хотя понимает, что находится в лечебном учреждении. Жалуется, что под кожей рук «сидят мелкие жучки», пытается их извлечь. Кожа рук в свежих рассечесах, зрачки расширены, на свет не реагируют.

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

### Задача 6

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

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

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

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

### Задача 7

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

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

### Задача 8

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

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

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

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

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

#### Задача 9

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

1. поставьте диагноз

2. назначьте лечение

#### Задача 10

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

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

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

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

1. предположительный диагноз

2. На что необходимо обратить внимание при осмотре

3. назначьте лечение

#### Задача 11

Пациент 25 лет, поступил в наркологическое отделение с диагнозом: Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиатов. Синдром зависимости

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

1. какова Ваша тактика в данном случае

2. квалифицируйте состояние пациента

#### Задача 12

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

1. какова Ваша тактика

2. сделайте лекарственные назначения

#### Задача 13

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

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

1. Поставьте диагноз

2. Окажите помощь

#### Задача 14

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

1. что произошло с пациентом, поставьте диагноз?

2. окажите помощь

### Задача 15

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

Назовите описанные симптомы.

Назовите описанные синдромы.

Поставьте диагноз.

Нужна ли недобровольная госпитализация (НГ).

План терапевтических мероприятий.

### Задача 16

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

Назовите симптомы.

Каков наиболее вероятный диагноз?

Признаки отмечающейся у больного стадии заболевания.

Какой психоз отмечался после выхода из делирия?

Какова степень делирия?

План терапевтических мероприятий

### Задача 17

Больной А, 48 лет злоупотребляет алкоголем на протяжении 15 лет. В последние 2 года употребление носит постоянный характер, пьет по несколько дней подряд. Начало очередного употребления, как правило, связано с получением зарплаты, часто провоцируется

конфликтами с женой. Дозы алкоголя постоянные. Прекращает употребление, когда заканчиваются деньги.

Назовите ведущее расстройство.

Сформулируйте диагноз.

Каковы признаки данной стадии заболевания?

Какой характер носят запои, которые наблюдаются у больного?

Какие еще расстройства могут возникать на этой стадии?

План терапевтических мероприятий.

### Задача 18

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

Сформулируйте свое диагностическое заключение.

Каковы симптомы заболевания?

Каково основное расстройство памяти?

Назовите стадию алкоголизма.

Каковы признаки этой стадии?

План терапевтических мероприятий.

### Задача 19

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

Назовите симптомы.

Установите диагноз.

Каков характер употребления психоактивных веществ?

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

Какие расстройства восприятия были у больного?

### Задача 20

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

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

### Задача 21

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

Какие симптомы отмечаются у больного?

Какие синдромы отмечаются у больного?

Клинический диагноз.

В чем особенность данного психотического эпизода?

### Задача 22

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

Какие симптомы отмечаются у больного?

Какие синдромы отмечаются у больного?

Предполагаемый клинический диагноз (дифференциальная диагностика).

План терапевтических мероприятий.

### Задача 23

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

Предполагаемый синдром

Предполагаемый клинический диагноз

Каковы немедленные побочные эффекты приема кокаина (крэка)?

Каковы отсроченные эффекты приема кокаина?

### Задача 24

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

Какое психоактивное вещество принимал больной?

Какие виды аффективных расстройств отмечались у больного?

Какие симптомы входят в состав наблюдаемых расстройств?

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

Какое тяжелое осложнение возникает при передозировке данным психоактивным веществом?

### Задача 25

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

Предполагаемый синдром

Предполагаемый клинический диагноз

В чем клинические отличия данного синдрома?

Вследствие приема каких ПАВ возни данный синдром?

План терапевтических мероприятий и прогноз.

Задача 26

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

Предполагаемый синдром

Предполагаемый клинический диагноз

Возможное дополнительное тестирование или обследование для подтверждения диагноза.

План терапевтических мероприятий.

Задача 27

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

При осмотре путается в ориентировке во времени, мышление вязкое, ригидное. Высказывания легковесные. Эмоционально лабилен, аффект неустойчивый со склонностью к дисфории. Память существенно снижена преимущественно на текущие события. С четвертой

попытки запомнил имя и отчество врача. Критика к алкоголизации снижена, считает, что надо «немного подлечить нервишки».

Предполагаемый синдром

Какой тип злоупотребления алкоголем наблюдается у пациента?

Предполагаемый клинический диагноз

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

План терапевтических мероприятий.

### Задача 28

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

Перечислите все симптомы и синдромы.

Предполагаемый клинический диагноз.

В чем особенность данного клинического случая?

План терапевтических мероприятий.

### Задача 29

Больной Ж., 29 лет. Отец злоупотреблял алкоголем. Употреблять водку начал с 13-14 лет, после первых зарплат, потому что «все пили», не испытывал ни удовольствия, ни отвращения. Иногда напивался пьяным (когда было много водки). Женился в 20 лет («так сложились обстоятельства») после скандалов и угроз. К жене и ребенку особой привязанности не испытывал. В 24 года водку начал употреблять систематически, «от нечего делать». «Кончил работать – и в пивную». Признаки заболевания появились в течение первого же года злоупотребления. С 25 лет – обязательное похмелье, с 27 лет пьет запоями по 4-5 дней раз в 2-3 недели, употребляет с целью опохмеления политуру, тормозную жидкость, спиртсодержащую парфюмерию. Изменился по характеру, стал крайне неуравновешенным, взрывчатым, злобным. Неоднократно за драки и хулиганство отсиживал «сутки» в милиции, был судим. На работе не удерживается больше 3-4 месяцев. Дома

постоянные конфликты, на его улице с ним «боятся связываться». Пьет со случайными и постоянными собутыльниками, пьет и один, хотя «одному – скучно». Дважды в состоянии похмелья наблюдались эпилептиформные припадки, с потерей сознания, тоническими и клоническими судорогами. В отделении постоянно в кругу больных, слушает их разговоры. Никакого занятия себе не нашел. От работы уклоняется, ссылаясь на всевозможные причины. Дважды был агрессивен, едва не избил больного. О доме и о работе никакого беспокойства не проявляет. Жену встречает очень холодно, забыв и спросить о сыне, забирает передачу и старается скорее уйти. Оживляется только тогда, когда играет в домино: сильно стучит костями, громко смеется, повторяя шаблонные в среде игроков выражения, получает при этом искреннее удовольствие. Запас слов ограниченный, выражения стереотипны, обилие жаргонных словечек. По ходу беседы легко аффектируется, дерзит, но быстро успокаивается и через некоторое время может смеяться. Наличие каких-либо духовных, эстетических запросов, стремлений установить не удалось. Крайне ограничен, примитивен. Определенных установок в жизни, мировоззрения нет.

Перечислите все симптомы и синдромы.

Предполагаемый клинический диагноз.

В чем особенность данного клинического случая?

План терапевтических мероприятий.

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

### Задача 30

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

Перечислите все симптомы и синдромы.

Перечислите все симптомы и синдромы.  
Предполагаемый клинический диагноз.  
План терапевтических мероприятий.

### Задача 31

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

Перечислите все симптомы и синдромы.

Предполагаемый клинический диагноз.

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

План терапевтических мероприятий.

### Задача 32.

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

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

### Задача 33

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

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

### Задача 34

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

свиданиях с женой, (если никто не наблюдает), требует от нее признаний, оскорбляет ее, угрожает расправой.

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

### Задача 35

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

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

### Задача 36

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

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

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

### Задача 37

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

1. Определите синдромальный диагноз
2. Определите терапевтическую тактику

### Задача 38

Больной П., 18 лет, с 13 лет курит марихуану, употребляет «дискотечные наркотики». В 16 лет в драке получил тяжелую черепно-мозговую травму, после которой длительное время испытывал утомляемость и головные боли. Стал употреблять также водку и пиво. Однажды пришел домой в опьянении: испытывал страх, который сменялся экстатическим состоянием, заявлял, что может проникнуть «в суть всех вещей», что мысли «переполняют» его,

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

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

### Задача 39

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

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

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

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

вытянутых рук падает в позе Ромберга.

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

#### Задача 40

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

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

#### Задача 41

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

критика к своему состоянию. В то же время, обнаруживал внушаемость, легкость в оценках, хвастливость, склонность к неуместным шуткам. Соматическое состояние – без грубой патологии. Неврологически – трепор рук, повышенная рефлекторная возбудимость.

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

### Задача 42

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

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

### Задача 43

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

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

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

#### Задача 44

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

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

### Задача 45

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

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

### Задача 46

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

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

### Задача 47

Пациент Б.Ю., 45 лет, бывший квалифицированный рабочий - фрезеровщик. На приеме у психиатра-нарколога по настоянию дочери. Длительное время злоупотребляет алкоголем. Последние 7 лет на работе не удерживается. Жена

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

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

#### Задача 48

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

1. Определите синдромальный диагноз

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

#### Задача 49

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

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

#### Задача 50

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

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

### **5.3. Рекомендуемая литература**

1. Алкоголизм, наркомания, токсикомании: учеб. пособие / Л. М. Барденштейн [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 64 с.
2. Наркология: нац. рук. / под ред. Н. Н. Иванца, И. П. Анохиной, М. А. Винниковой ; АСМОК, Национальное наркологическое о-во. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 720 с.
2. Психиатрия и наркология учеб. пособие / под ред. В. Д. Менделевича. - М. : Академия, 2005. - 368 с.
4. Психиатрия и наркология: учебник / Н. Н. Иванец [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 832 с.
5. Психиатрия: нац. рук. / гл. ред. Т. Б. Дмитриева ; отв. ред. Ю. А. Александровский ; АСМОК, Российское о-во психиатров . - крат. изд. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 624
6. Психиатрия: руководство. В 2 т. Т. 1. / под ред. А. С. Тиганова. - М. : Медицина, 2012. - 808
7. Пятницкая, И. Н. Подростковая наркология: рук. для врачей / И. Н. Пятницкая, Н. Г. Найденова. - М. : МИА, 2008. - 256 с.
8. Сиволап, Ю. П. Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость / Ю. П. Сиволап, В. А. Савченков. - М. : Медицина, 2005. - 304 с.
9. Сидоров, П. И. Наркологическая превентология: рук. / П. И. Сидоров. - М. : МЕДпресс-информ, 2006. - 720 с.
10. Цыганков, Б. Д. Психиатрия: руководство / Б. Д. Цыганков, С. А. Овсянников. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 496 с.
11. Моисеев В.С. Алкогольная болезнь. М.,2014
12. Шабанов П.Д. Наркология (Библиотека врача-специалиста. М., 2012

*базы данных, информационно-справочные системы –*

- [www.beldrug.org](http://www.beldrug.org)
- [www.psyobsor.org](http://www.psyobsor.org)
- [www.narcom.ru](http://www.narcom.ru)  
<http://www.otrok.ru/medbook/listmed/epid.htm>
- [www.psychiatry.ru](http://www.psychiatry.ru)

*Использование электронных версий журналов:*

<http://archpsyc.ama-assn.org> – *Archives of General Psychiatry*  
<http://ajp.psychiatryonline.org> – *The American Journal of Psychiatry*;  
<http://neuro.psychiatryonline.org> - *The journal of Neuropsychiatry*;  
<http://psy.psychiatryonline.org> - *Psychosomatics*;  
<http://ps.psychiatryonline.org> - *Psychiatric Services*;  
<http://www.psych.org/pnews> - *Psychiatric News*.