

Психиатрия

Ситуационные задачи

[Купить: medkeys.ru/product/psihiatriya/](https://medkeys.ru/product/psihiatriya/)



Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 59 лет пришел на прием к психиатру в сопровождении жены

Жалобы

Сам больной жалоб не предъявляет, говорит «спросите у жены»

Анамнез заболевания

До 58 лет вел довольно обычную жизнь, служил в армии в чине подполковника, занимался штабной работой и снабжением. В 55 лет решил уволиться из армии, так как уже заработал военную пенсию, а довольствие не соответствовало тяжести работы. Сдавали московскую квартиру, поселились в загородном доме с женой и внуками, жили на пенсию, получали помощь от детей. Много работал в огороде, занимался строительством, был строг с женой и внуками. Год назад стал постепенно меняться по характеру, очень много говорил, практически перестал работать в огороде, ничего не строил. Делал только то, что говорила ему жена (поливал огород, ходил в магазин). Стал произносить при внуках нецензурные слова, вспоминал свои любовные похождения до женитьбы, пел неприличные частушки. По много раз повторял одну и ту же историю. Однажды, управляя автомобилем, начал спорить с женой и бросил руль, машина оказалась в кювете.

Анамнез жизни

- * среди ближайших родственников никто к психиатру не обращался, отец погиб на войне, когда больному было 3 года;
- * наш пациент ничем особенно не болел, 2 года назад на даче отпил себе палец циркулярной пилой;
- * курит больше 30 лет, в молодости злоупотреблял алкоголем, последние годы пьет умеренно;
- * имеет дочь 39 лет и сына 35 лет.

Объективный статус

Улыбается, охотно участвует в беседе. Сразу же запомнил имя врача, говорит ему комплименты, постоянно повторяет имя и отчество врача в беседе. Точно называет дату и день недели, знает, возле какой станции метро находится больница. Перебивает врача, стремится рассказать историю, которая не имеет отношения к делу, часто в речи проскальзывают нецензурные слова. При жене вспоминает, как ухаживал за внучкой графа, и как бросил её, потому что она

была «недотрогой». Хвастается, что у него очень хороший голос, начинает петь неприличные частушки, когда его останавливают, предлагает спеть другую песню, но поет ту же самую. По много раз в беседе возвращается к истории с внучкой графа. Считает в уме неплохо, пишет обычным почерком. При письменном счете вместо символов записывает математические действия словами. Конкретно трактует смысл пословиц и поговорок, беспомощен в решении простейших логических задач. Говорит четко, дизартрии нет. Уверен, что правильно выполнил все задания, и не сделал никаких ошибок.

У больного имеются симптомы психического расстройства, в том числе

- сенестопатии и бред величия
- гипертимия и ускорение мышления
- каталепсия и эхопраксия
- эйфория и речевые стереотипии

Продуктивные психические расстройства у больного

- ограничиваются навязчивыми идеями
- не выражены
- представлены деперсонализацией
- проявляются идеаторным автоматизмом

Негативные психические расстройства у больного

- представлены эмоциональной ригидностью и в сочетании с истощаемостью
- отсутствуют
- проявляются амбивалентностью и эмоционально-волевым дефектом
- выражаются снижением интеллекта

Настоящее состояние больного соответствует понятию синдрома

- тотальной деменции
- гипоталамического
- маниакально-кататонического
- хронического парафренного

По своей природе данное расстройство вероятнее всего относится к

- функциональным
- органическим
- психогенным
- невротическим

В настоящее время можно с уверенностью утверждать, что описанное расстройство не может быть проявлением

- внутричерепной опухоли
- специфического энцефалита
- атрофического процесса
- биполярного расстройства

Недобровольное помещение данного больного в психиатрический стационар проводится по

- направлению департамента труда и социальной защиты
- представлению участкового уполномоченного полиции
- письменному заявлению ближайшего родственника (жены)
- решению суда

При проведении стандартных клинических анализов крови и мочи существенных отклонений от нормы не выявлено. Для определения причины возникших психических расстройств больному следует провести

- направлению департамента труда и социальной защиты
- представлению участкового уполномоченного полиции
- письменному заявлению ближайшего родственника (жены)
- решению суда

Результаты обследований

Магнитно-резонансная томография головы

Выявлены признаки внешней гидроцефалии и углубление борозд преимущественно в лобных долях обоих полушарий мозга

Серологические пробы на сифилис и ВИЧ

Серологические пробы на сифилис и ВИЧ отрицательные

Осмотр неврологом и офтальмологом

Сухожильные рефлексы симметричны, тонус мышц не изменен, координаторные пробы выполняет без затруднений, на глазном дне слабовыраженные изменения сосудов вследствие атеросклероза.

Ангиография сосудов головного мозга

Выявлены отдельные участки атеросклеротического поражения сосудов без существенного уменьшения их просвета.

Количественное определение ионов лития в плазме крови

Ионов лития в плазме менее 0,05 ммоль/л

Дексаметазоновый тест

Прием 1 мг дексаметазона привел к снижению уровня кортизола плазмы крови с 650 до 250 нмоль/л

Вероятнее всего причиной психических расстройств у данного больного стало

- хроническая ишемия
- дегенеративное заболевание
- общее нарушение метаболизма
- аутоиммунный процесс

В соответствие с критериями МКБ-10 больному следует выставить диагноз

- хроническая ишемия
- дегенеративное заболевание
- общее нарушение метаболизма
- аутоиммунный процесс

Диагноз

F02.0 Деменция при болезни Пика

F06.5 Органическое диссоциативное расстройство

F01.3 Смешанная корковая и подкорковая сосудистая деменция

F00.0 Деменция при болезни Альцгеймера с ранним началом

Для лечения данного расстройства обычно применяют

- синтетические аналоги АКТГ
- симптоматические средства
- ангиопротекторы и антиагреганты
- когнитивную психотерапию

Исходом данного заболевания является

- синтетические аналоги АКТГ
- симптоматические средства
- ангиопротекторы и антиагреганты
- когнитивную психотерапию

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 37 лет обратилась к психиатру самостоятельно

Жалобы

На чувство вины и настойчивые воспоминания, от которых не может избавиться своими силами

Анамнез заболевания

С самого раннего детства отличалась осторожностью и стремлением к совершенству. В школе училась хорошо, но боялась выступать перед классом, держалась в стороне, следовала за лидером. Окончила экономический вуз, замуж вышла в 29 лет за мужчину, который был на 15 лет её старше, во всем слушалась мужа, признавала его лидерство. Муж не стремился завести детей, сама пациентка боялась, что будет плохой матерью, была одна беременность, но в последний момент испугалась, и сделала аборт. Много времени уделяла работе, отличалась скрупулезностью, иногда получала замечания, так как работала аккуратно, но медленно. Дома много внимания уделяла поддержанию чистоты и порядка. 2 года назад у мужа выявили рак, и год назад он умер. Стала думать об усыновлении ребенка, нашла мальчика, который походил на её мужа, оформила опеку, приводила мальчика домой. Её родители очень полюбили ребенка, охотно заботились о нём. Сама пациентка не чувствовала себя матерью, через 6 месяцев вернула мальчика в детский дом, отказалась от опеки.

Анамнез жизни

- * была единственным ребенком в семье, родители к психиатру не обращались;
- * всегда вела здоровый образ жизни, алкоголем не злоупотребляет, не курит, следит за массой тела, ежедневно делает дома гимнастику;
- * менструации с 13 лет, до замужества интимных отношений не имела;
- * физически здорова, имеет миопию средней степени.

Объективный статус

Сама берет инициативу в беседе с врачом, быстро, иногда захлебываясь, излагает обстоятельства жизни и предшествующие события. Пытается убедить врача в том, что не наделена талантом быть матерью, описывает, насколько трудно для неё присутствие в доме ребенка, к которому она не испытывает материнских чувств. Рассказывает, что, когда мальчик веселился и играл с её родителями, чувствовала раздражение и злобу, боялась, что ребенок это заметит. Заявляет, что когда отказалась от опеки, «как будто камень с плеч

свалился», почувствовала внутри свободу и лёгкость, однако одновременно возникло чувство вины, постоянно думает об этом, иногда не может заснуть, Не хочет обсуждать этот вопрос с родителями, уверена, что они сердятся на неё. На работе чувствует себя лучше, потому что может ненадолго отвлечься от мрачных мыслей.

Психиатрическое освидетельствование данной пациентки проводится

- при наличии письменного заявления близкого родственника
- по представлению участкового уполномоченного полиции
- даже при отсутствии письменного согласия, недобровольно
- только при наличии её согласия

У пациентки имеются расстройства

- ощущений и восприятия
- внимания и сознания
- мышления и поведения
- интеллекта и памяти

Продуктивные психические расстройства у пациентки

- выражаются сочетанием истощаемости и раздражительности
- ограничиваются навязчивыми мыслями и сомнениями
- представлены деперсонализацией и дереализацией
- проявляются идеаторным автоматизмом

Негативные психические расстройства у пациентки

- выражаются утратой целенаправленности мышления
- представлены ригидностью мышления и олигофазией
- отсутствуют
- проявляются эмоциональной сглаженностью

По своей природе данное расстройство вероятнее всего относится к

- экзогенным
- психотическим
- органическим
- функциональным

По своей природе описанное поведение следует считать проявлением

- общего нарушения метаболизма
- эндогенного заболевания

- прогрессирующего процесса
- стабильного расстройства

Для установления диагноза после клинической диагностической беседы довольно важно провести

- общего нарушения метаболизма
- эндогенного заболевания
- прогрессирующего процесса
- стабильного расстройства

Результаты обследования

Обследование психологом с применением тестовых методик

Выявлены: нерешительность, склонность к сомнениям в сочетании с эмоциональной ригидностью, склонностью к перфекционизму, пунктуальности, аккуратности. Настойчивое стремление избежать неприятностей, исключить любую возможность неуспеха. Самооценка низкая. Когнитивные функции не нарушены.

Магниторезонансная или компьютерная томография головы

Кости черепа не изменены. Структуры мозга симметричны, обычной структуры и плотности. Признаков атрофии и очаговых образований нет.

Электроэнцефалографическое обследование на фоне гипервентиляции и депривации сна

Признаков эпилептической активности не выявлено, электрическая активность симметричная, соответствует норме

Допплерографическое исследование сосудов головы и шеи

Скорость кровотока в крупных артериях и венах головы и шеи не изменена

В соответствии с критериями МКБ-10 пациентке следует выставить диагноз

- общего нарушения метаболизма
- эндогенного заболевания
- прогрессирующего процесса
- стабильного расстройства

Диагноз

F60.5 Ананкастное расстройство личности

F21 Шизотипическое расстройство

F44.7 Смешанное диссоциативное расстройство

F34 Хроническое (аффективное) расстройство настроения

Больная просит о проведении лекарственного лечения, так как страдает от тягостных мыслей и бессонницы. В этом случае можно рекомендовать прием

- тимостабилизаторов и ноотропов
- типичных нейролептиков и тригексифенидила (циклодола)
- препаратов гингко билоба
- антидепрессантов

Есть все основания назначить пациентке

- 50-100 мг сертралина
- 50-100 мг диазепама
- 50-100 мг хлорпротиксена
- 50-100 мг ламотриджина

Для наилучшей адаптации лекарственное лечение следует комбинировать с

- физиотерапией и лечебной физкультурой
- групповой психотерапией
- транскраниальной магнитной стимуляцией
- депривацией сна

В случае настойчивого лечения пациентки мы можем ожидать в будущем

- физиотерапией и лечебной физкультурой
- групповой психотерапией
- транскраниальной магнитной стимуляцией
- депривацией сна

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 32 лет пришел на прием к психиатру в сопровождении жены

Жалобы

На тоску, чувство безнадежности, нежелание жить

Анамнез заболевания

С детства отличался впечатлительностью, ранимостью, слабым здоровьем.

После рождения младшего брата появились приступы удушья, хотя признаков бронхиальной астмы не нашли. В школе учился без особых успехов, но любил заниматься рисованием, пением, принимал участие в самодеятельности, читал стихи со сцены. Два раза пытался поступить в театральный вуз, но не прошел по конкурсу. Поступил на факультет психологии, но учился плохо, ходил на различные кастинги на телевидение, снимался в массовых сценах. Из вуза был отчислен. Работал администратором в салоне красоты, там же познакомился с женщиной на 5 лет старше него, вынужден был жениться, когда она сообщила о том, что беременна. После рождения ребенка чувствовал утомление и беспомощность, переехал жить к матери, навещал жену и дочку время от времени. Вступил в связь со студенткой театрального вуза, сказал ей, что холост, вместе с ней работал над учебными спектаклями. Она узнала о его жене и ребенке, и прекратила всяческое общение. Пришел к жене, и заявил, что не хочет жить, постоянно думает о самоубийстве.

Анамнез жизни

- * из ближайших родственников никто к психиатру не обращался;
- * отец бывший военный на пенсии, мать работает медсестрой, младший брат занимается бизнесом, женат;
- * наш пациент курит с 16 лет, алкоголь употребляет умеренно;
- * от службы в армии освобожден в связи с наличием приступов бронхоспазма, хотя в последнее время проблем с дыханием не испытывает.

Объективный статус

Не может сразу ответить на поставленные вопросы, так как «слезы подступают к горлу, и перехватывает дыхание». После того, как врач предлагает отложить разговор, собирается с мыслями и начинает многословно и сбивчиво рассказывать о том, что «в мире царит подлость и предательство». Описывает себя, как человека, который всем желает добра, который всей душой предан искусству. Сожалеет, что не может из-за слабого здоровья заботиться о любимой дочке, уверен, что дочка очень любит его, так как она сразу начинает улыбаться при его появлении. Утверждает, что у них с женой нет ничего общего, так как она слишком практична, и думает только о деньгах. К родителям и брату тоже не испытывает близости, так как они малообразованны, и ничего не понимают в искусстве. Заявляет, что совсем потерялся в жизни, что чувствует, что «все пути к счастью отрезаны». Рассказывает врачу о том, что знаком со многими известными актерами, сообщает о своем участии в телевизионных шоу, в это время отвлекается от мрачных мыслей, на лице появляется улыбка.

У пациента имеются расстройства

- внимания и сознания
- ощущений и восприятия
- эмоций и поведения
- интеллекта и памяти

У пациента имеются симптомы психического расстройства, в том числе

- сенсорный автоматизм
- компульсивные влечения
- психическая гиперестезия
- эмоциональная лабильность

Негативные психические расстройства у пациента

- проявляются амбивалентностью и амбитендентностью
- затрагивают в основном эмоционально-волевую сферу
- представлены паралогическим мышлением
- отсутствуют

По своей природе данное расстройство вероятнее всего относится к

- органическим
- функциональным
- экзогенным
- психотическим

По своей природе описанное поведение следует считать проявлением

- прогрессирующего процесса
- стабильного расстройства
- эндогенного заболевания
- задержки психического развития

Для установления диагноза после клинической диагностической беседы довольно важно провести

- прогрессирующего процесса
- стабильного расстройства
- эндогенного заболевания
- задержки психического развития

Результаты обследования

Обследование психологом с применением тестовых методик

Выявлены: завышенная самооценка, признаки инфантилизма, склонность к драматизации, высокая внушаемость, поверхностность суждений, жажда признания со стороны окружающих, эгоцентризм. Когнитивные функции грубо не нарушены.

Магниторезонансная или компьютерная томография головы

Кости черепа не изменены. Структуры мозга симметричны, обычной структуры и плотности. Признаков атрофии и очаговых образований нет.

Электроэнцефалографическое обследование на фоне гипервентиляции и депривации сна

Признаков эпилептической активности не выявлено, электрическая активность симметричная, соответствует норме

Допплерографическое исследование сосудов головы и шеи

Скорость кровотока в крупных артериях и венах головы и шеи не изменена

В соответствии с критериями МКБ-10 пациенту следует выставить диагноз

- прогрессирующего процесса
- стабильного расстройства
- эндогенного заболевания
- задержки психического развития

Диагноз

F60.4 Истерическое расстройство личности

F07.0 Органическое расстройство личности

F48.1 Синдром деперсонализации-дереализации

F34 Хроническое (аффективное) расстройство настроения

Врач сказал больному, что не находит у него опасного психического заболевания, тогда больной вскочил на подоконник, открыл окно, и заявил, что собирается прыгнуть вниз. В этом случае следует

- проявить непреклонность, и объяснить пациенту, что ваше медицинское заключение не будет зависеть от предпринятых им действий
- вызвать наряд полиции, чтобы вывести пациента из медицинского учреждения

- никак не реагировать на действия пациента, сохранять самообладание
- задержать пациента, и госпитализировать его в недобровольном порядке в психиатрический стационар

Ведущим методом в лечении данного пациента должна быть

- психофармакотерапия
- фототерапия
- транскраниальная магнитная стимуляция
- групповая психотерапия

В качестве симптоматической лекарственной коррекции пациенту можно назначить

- антиагреганты и вазодилататоры
- соли лития
- психостимуляторы и адаптогены
- небольшую дозу нейролептика

Есть все основания назначить пациенту

- 5-15 мг карбамазепина (финлепсина)
- 5-15 мг пирлиндолла (пиразидола)
- 5-15 мг перициазина (неулептила)
- 5-15 мг бромдигидрохлорфенилбензодиазепина (феназепам)

В случае настойчивого лечения пациента мы можем ожидать в будущем

- 5-15 мг карбамазепина (финлепсина)
- 5-15 мг пирлиндолла (пиразидола)
- 5-15 мг перициазина (неулептила)
- 5-15 мг бромдигидрохлорфенилбензодиазепина (феназепам)

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Школьник 15 лет пришел на прием к психиатру в сопровождении матери

Жалобы

Сам пациент жалоб не предъявляет, мать обеспокоена его непослушанием и крайне низкой успеваемостью

Анамнез заболевания

До 6 класса никаких серьезных проблем со здоровьем не было. Учился средне,

одинаково часто получал «четверки» и «тройки», был немного стеснительным, любил мастерить с отцом, заботился о своей кошке, часто играл с ней. 2 года назад учителя стали жаловаться, что он перестал готовиться к занятиям, когда его вызывали к доске, смеялся и говорил, что ничего не читал. На требование вызвать родителей в школу, отвечал «вызывайте, если хотите». На уроке надевал наушники и слушал громкую музыку, отбивал такт рукой. На замечания учителя отвечал нецензурной бранью, часто вставал, и уходил из класса. Дома грубил родителям, ходил в наушниках, танцевал, мешал всем отдыхать, включал громкую музыку по ночам, мастурбировал, не стесняясь матери. При ссорах мог уйти из дома ночью. Родители одноклассников требовали принять меры, так как он срывал уроки, нередко другие мальчишки в классе били его, поскольку он их раздражал. В 8 класс переведен условно с множеством задолженностей. Последнее время практически перестал ходить в школу, дома бесцельно ходит из комнаты в комнату, выбросил свою кошку в окно с 9 этажа.

Анамнез жизни

- * брат матери страдал хроническим психическим заболеванием, покончил с собой в возрасте 35 лет;
- * родители имеют высшее образование, младший брат учится в 5 классе на «хорошо» и «отлично»;
- * пациент, кроме острых инфекций, ничем особенно не болел;
- * родители никогда не видели, чтобы он курил или употреблял алкоголь, прием наркотиков также отрицают.

Объективный статус

Сидит, развалившись на стуле, отбивает пальцами ритм по столу. На вопрос, почему он не ходит в школу, отвечает «неохота». Свой поступок с кошкой объясняет так: «она меня бесит, ходит и мяукает всё время». Своих одноклассников называет «кретинами», говорит, что они шуток не понимают. Правильно называет дату и день недели, выполнять в уме счет отказывается, заявляет «сами считайте, у меня калькулятор в телефоне есть», пословицы и поговорки трактует конкретно. Пишет под диктовку обычным почерком с орфографическими ошибками, знаков препинания не ставит. На вопрос, любит ли он смотреть телевизор, со смехом отвечает «если бы там показывали порно, я бы смотрел». Относительно будущего заявляет, что хочет стать машинистом башенного крана или сброситься с крана вниз.

Психиатрическое освидетельствование данного больного проводится

- только при наличии письменного согласия пациента
- при наличии письменного согласия матери
- даже при отсутствии письменного согласия, недобровольно
- только при наличии санкции прокурора

У больного имеются симптомы психического расстройства, в том числе

- гипотимия и ангедония
- навязчивости и сенестопатии
- дурашливость и копролалия
- моторный и сенсорный автоматизм

Продуктивные психические расстройства у больного

- слабо выражены
- проявляются несистематизированными идеями отношения
- представлены дереализацией и деперсонализацией
- ограничиваются психосенсорными расстройствами

Негативные психические расстройства у больного

- выражаются фиксационной амнезией и недержанием аффекта
- проявляются эмоционально-волевым дефектом
- представлены эмоциональной ригидностью и в сочетании с истощаемостью
- отсутствуют

По своей природе описанное поведение следует считать проявлением

- прогрессирующего заболевания
- задержки психического развития
- стойкой дисгармонии характера
- пубертатного криза

Больной подписал согласие на госпитализацию в психиатрический стационар. Для пребывания в психиатрическом стационаре и окончательной диагностики необходимо провести

- прогрессирующего заболевания
- задержки психического развития
- стойкой дисгармонии характера
- пубертатного криза

Результаты обследований

Анализ крови общий и биохимический общетерапевтический

[options="header", cols="^,^",]

|====

|Наименование|Нормы|результат

|Гемоглобин|130,0 - 160,0|137,0

|Гематокрит|35,0 - 47,0|41,4

|Лейкоциты|4,00 - 9,00|6,7

|Эритроциты|4,00 - 5,70|5,37

|Тромбоциты|150,0 - 320,0|280,0

|Лимфоциты|17,0 - 48,0|26,8

|Моноциты|2,0 - 10,0|7,1

|Нейтрофилы|48,00 - 78,00|64,9

|Эозинофилы|0,0 - 6,0|1,2

|Базофилы|0,0 - 1,0|0,0

|СОЭ по Панченкову|2 - 20|7

|====

{nbsp}

[options="header", cols="^,^",]

|====

|Наименование|Нормы|результат

|Белок общий|57,0-82,0|78,3

|Глюкоза|4,1-5,9|5,0

|Креатинин|44-115|94

|Билирубин общий|3,0-21,0|3,6

|АСТ|0-34|23

|АЛТ|10-49|22

|Амилаза|28-100|64,3

|====

Серологические пробы на сифилис, ВИЧ и гепатиты

Серологические пробы на сифилис, ВИЧ и гепатиты отрицательные

Компьютерная или магнитно-резонансная томография головы

Кости черепа не изменены. Структуры мозга симметричны, обычной структуры и плотности. Признаков атрофии и очаговых образований нет.

Осмотр терапевтом с выдачей заключения о соматическом здоровье пациента

Кожные покровы обычной окраски. Жалоб на соматическое здоровье нет. Дыхание в легких везикулярное. АД – 120/70. Пульс – 76 в мин. Стул регулярный.

Признаков соматической патологии не выявлено.

Дексаметазоновый тест

Прием 1 мг дексаметазона привел к снижению уровня кортизола плазмы крови с 650 до 250 нмоль/л

Ангиография сосудов шеи и головного мозга

Участков сужения артерий не выявлено.

По своей природе данное расстройство вероятнее всего относится к

- невротическим
- психогенным
- эндогенным
- органическим

В соответствие с критериями МКБ-10 больному следует выставить диагноз

- невротическим
- психогенным
- эндогенным

- органическим

Диагноз

F20.10 Гебефреническая шизофрения непрерывная

F21.8 Шизотипическое расстройство личности

F60.1 Шизоидное расстройство личности

F90.1 Гиперкинетическое расстройство поведения

Для лечения данного расстройства обычно применяют

- электросудорожную терапию
- психофармакотерапию
- депривацию сна
- групповую психотерапию

Пациенту показано назначение

- атипичных нейролептиков
- бензодиазепиновых транквилизаторов
- трициклических антидепрессантов
- солей лития или антиконвульсантов

Есть все основания назначить больному

- 150-300 мг клозапина
- 150-300 мг арипипразола
- 150-300 мг рисперидона
- 150-300 мг оланзапина

В будущем у данного пациента на фоне лечения мы с высокой вероятностью ожидаем

- 150-300 мг клозапина
- 150-300 мг арипипразола
- 150-300 мг рисперидона
- 150-300 мг оланзапина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 68 лет направлена к психиатру неврологом

Жалобы

На подавленность и бессонницу

Анамнез заболевания

До 65 лет чувствовала себя здоровой, работала сначала вахтером на заводе, а затем консьержкой в собственном доме. Муж умер 30 лет назад, детей нет, живет одна, общается с соседями и с другими консьержками в доме. Примерно 3 года назад стала замечать, что, когда она приходит домой, вещи лежат не на своих местах, потом обнаружила, что некоторые вещи пропадают, иногда позже она их обнаруживала в другом месте. Довольно быстро поняла, что в этом виновна женщина, которая живет в соседней квартире. Звонила к ней в дверь, спрашивала, что ей нужно в её квартире. С другими соседями поддерживала хорошие отношения, периодически заходила к ним, жаловалась на свою обидчицу, искала сочувствия и поддержки. На работе к ней претензий не было. Последнее время замечает, что вещи исчезают ночью или оказываются утром в другом месте. Поняла, что соседка проникает к ней, когда она спит, пыталась её поймать, легла в постель, но старалась не спать. Обратилась к неврологу с жалобами на усталость и бессонницу.

Анамнез жизни

- * Родилась в деревне, но рано переехала жить в город, с родственниками отношений не поддерживает;
- * В 22 года вышла замуж за технолога своего завода, который был на 10 лет её старше, поселилась в его квартире;
- * Муж умер 30 лет назад, больше замуж не выходила, детей нет, живет в квартире одна, любит чистоту и порядок;
- * Не курит, с мужем изредка выпивала, последнее время нет повода, чтобы употреблять алкоголь;
- * Менструации с 13 лет, до замужества интимных отношений не имела, беременностей не было, с 50 лет менопауза.

Объективный статус

Жалуется врачу на свою судьбу, ищет поддержки и сочувствия. С удивлением рассказывает о хитрости и подлости своей соседки: «я до 3 часов ночи глаз не смыкала, лежала в темноте и ждала её, в 5 часов проснулась, и вижу, что она

уже побывала у меня», «и что ей нужно, ведь я женщина небогатая, вещи у меня не новые, деньги я дома не храню». Грубых расстройств памяти не выявлено, правильно называет дату, день недели, знает на какой улице находится данное медицинское учреждение. Считает медленно, крупные цифры предпочитает складывать письменно, долго думает, но получает правильный результат. Имя врача запомнила со второго раза, обращается к нему уважительно. При попытке трактовать пословицы заявляет «что вы, я же совсем не образованная, в деревне только 8 классов кое-как окончила, а вы такие сложности у меня спрашиваете».

Недобровольное психиатрическое освидетельствование данной больной

- допускается по письменному заявлению соседей
- противоречит закону
- проводится по представлению участкового уполномоченного полиции
- возможно по направлению департамента труда и социальной защиты

У больной имеются симптомы психического расстройства, в том числе

- кататимные идеи
- сверхценные идеи
- бредовые идеи
- навязчивые идеи

Негативные психические расстройства у больной

- выражаются в эмоциональной сглаженности
- представлены аутизмом и амбивалентностью
- проявляются нецеленаправленностью мышления
- не выражены

Описанные расстройства укладываются в понятие синдрома

- псевдологического
- паранойяльного
- параноидного
- псевдодементного

Больная подписала согласие на госпитализацию в психиатрический стационар. Для пребывания в психиатрическом стационаре и окончательной диагностики необходимо провести

- псевдологического
- паранойяльного

- параноидного
- псевдодементного

Результаты обследований

Анализ крови общий и биохимический общетерапевтический

[options="header", cols=",^,^",]

|====

| Наименование | Нормы | результат

| Гемоглобин | 130,0 - 160,0 | 137,0

| Гематокрит | 35,0 - 47,0 | 38,4

| Лейкоциты | 4,00 - 9,00 | 5,8

| Эритроциты | 4,00 - 5,70 | 4,65

| Тромбоциты | 150,0 - 320,0 | 240,0

| Лимфоциты | 17,0 - 48,0 | 25,8

| Моноциты | 2,0 - 10,0 | 8,1

| Нейтрофилы | 48,00 - 78,00 | 64,4

| Эозинофилы | 0,0 - 6,0 | 1,2

| Базофилы | 0,0 - 1,0 | 0,5

| СОЭ по Панченкову | 2 - 20 | 13

|====

{nbsp}

[options="header", cols=",^,^",]

|====

| Наименование | Нормы | результат

|Белок общий|57,0-82,0|73,3

|Глюкоза|4,1-5,9|5,2

|Креатинин|44-115|98

|Билирубин общий|3,0-21,0|6,6

|АСТ|0-34|25

|АЛТ|10-49|29

|Амилаза|28-100|60,3

|====

Серологические пробы на сифилис, ВИЧ и гепатиты

Серологические пробы на сифилис, ВИЧ и гепатиты отрицательные

Компьютерная или магнитно-резонансная томография головы

Кости черепа не изменены. Структуры мозга симметричны, обычной структуры и плотности. Очаговых образований нет, лёгкие признаки атрофии в пределах возрастной нормы.

Осмотр терапевтом с выдачей заключения о соматическом здоровье пациента

Кожные покровы обычной окраски. Жалоб на соматическое здоровье нет. Дыхание в легких везикулярное. АД – 110/70. Пульс – 70 в мин. Стул регулярный.

Признаков соматической патологии не выявлено.

Дексаметазоновый тест

Прием 1 мг дексаметазона привел к снижению уровня кортизола плазмы крови с 650 до 250 нмоль/л

Ангиография сосудов шеи и головного мозга

Выявлены отдельные участки атеросклеротического поражения сосудов без существенного уменьшения их просвета.

По своей природе описанное расстройство следует считать проявлением

- стойкой дисгармонии характера
- хронического заболевания

- аномалии психического развития
- климактерического криза

В соответствии с критериями МКБ-10 больной следует выставить диагноз

- стойкой дисгармонии характера
- хронического заболевания
- аномалии психического развития
- климактерического криза

Диагноз

F22.0 Хроническое бредовое расстройство

F20.00 Параноидная шизофрения непрерывная

F60.0 Параноидное расстройство личности

F06.2 Органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство

Правильнее всего начать лечение с

- электросудорожной терапии
- транскраниальной магнитной стимуляции
- когнитивной психотерапии
- психофармакотерапии

Пациентке показано назначение

- ингибиторов холинэстеразы
- нейролептиков
- транквилизаторов
- солей лития

Есть все основания назначить больной

- 5-10 мг хлорпромазина (аминазина)
- 5-10 мг трифлуоперазина (трифтазина)
- 5-10 мг сульпирида (эглонила)
- 5-10 мг кветиапина (сероквеля)

Больная принимает в сутки 10 мг трифлуоперазина, и жалуется на мышечную скованность и легкий тремор. В качестве корректора можно назначить

- 2-4 мг галантамина (реминила)
- 2-4 мг биперидена (акинетона)
- 2-4 мг кломипрамина (анафранила)
- 2-4 мг метоклопрамида (церукала)

На фоне лечения пациентки в будущем следует ожидать

- 2-4 мг галантамина (реминила)
- 2-4 мг биперидена (акинетона)
- 2-4 мг кломипрамина (анафранила)
- 2-4 мг метоклопрамида (церукала)

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 50 лет обратилась к психиатру самостоятельно

Жалобы

На постоянную подавленность, чувство вины, мрачные мысли о будущем

Анамнез заболевания

Ранее к психиатрам никогда не обращалась, проживала с мужем и сыном 18 лет. Муж занимался бизнесом, 1,5 года находился в следственном изоляторе по обвинению в мошенничестве, позже все обвинения с него были сняты. Сын был поздним ребенком, немного избалованным, заявил, что хочет поступить на философский факультет МГУ, мать этот выбор не одобрила, но приложила большие усилия, чтобы он смог это сделать. Со второго семестра первого курса сын перестал ходить в университет, мать ругала его за лень. Два месяца назад, в начале мая он написал записку «мама, прости, я не оправдал твои ожидания», и покончил с собой. Не могла понять, что произошло, разговаривала с его сокурсниками, которые говорили ей, что он «был странным». Вину себя в смерти сына, не могла спокойно спать по ночам, искала поддержки у мужа, однако он говорил, чтобы она всё это выбросила из головы. Не могла работать в полную силу, дома ничего делала, чувствовала себя ещё хуже, потеряла аппетит, похудела на 7 кг. Постоянно думала о самоубийстве.

Анамнез жизни

* родилась на Дальнем Востоке, приехала учиться в Москву и осталась здесь жить, родители психически здоровы;

* менструации с 13 лет, до замужества интимных отношений не имела, была единственная беременность, завершившаяся родами, сейчас месячные

нерегулярные;

* имеет высшее образование, работает начальником отдела кадров;

* имеет небольшой избыток веса, несколько раз регистрировали повышение уровня глюкозы натощак, но диагноз сахарного диабета поставлен не был.

Объективный статус

Без дополнительных вопросов врача многословно описывает все пережитые ею события, периодически начинает плакать, винит себя в том, что не заметила, что с сыном происходит что-то неладное и не отвела его вовремя к врачу.

Постоянно думает о том, что прожила жизнь напрасно, сожалеет, что не может получить никакой поддержки от мужа. Вечером долго не может заснуть, перебирает в памяти события прошлого, видит, что совершила в прошлом много ошибок, что неправильно воспитывала сына, не уверена, что надо было выходить замуж за этого человека. Винит себя в том, что слишком много думала о деньгах и карьере. Утверждает, что её ничего не радует, «жить не хочется, и убивать себя тоже не хочется». Благодарит врача за то, что выслушал её. Сомневается в том, что ей следовало приходить к психиатру.

У больной имеются симптомы психического расстройства, в том числе

- астения
- ангедония
- акатизия
- апатия

Продуктивные расстройства у данной больной

- включают деперсонализацию и идеи отношения
- представлены гипотимией и идеями самообвинения
- проявляются сенестопатиями и ипохондрическими идеями
- выражаются в стойких фобиях и компульсиях

Симптомы стойкого дефекта у данной больной

- на фоне острых проявлений болезни оценить невозможно
- представлены эмоционально-волевым снижением
- выражаются в утрате способности к целенаправленному мышлению
- проявляются аутизацией и амбивалентностью

Настоящее состояние больной соответствует понятию синдрома

- апатико-абулического

- аффективно-бредового
- тревожно-депрессивного
- обсессивно-фобического

По этиологии данное расстройство вероятнее всего относится к

- экзогенным
- психогенным
- соматогенным
- эндогенным

В соответствие с критериями МКБ-10 больной следует выставить диагноз

- экзогенным
- психогенным
- соматогенным
- эндогенным

Диагноз

F32.1 Умеренный депрессивный эпизод

F41.2 Смешанное тревожное и депрессивное расстройство

F43.0 Острая реакция на стресс

F34.8 Другие хронические аффективные расстройства

Дальнейшее лечение пациентки правильнее всего проводить

- в санатории психо-неврологического профиля
- в условиях обычного психиатрического стационара
- в условиях дневного стационара психиатрического профиля
- амбулаторно, обеспечив возможность продолжать работать по специальности

Следует начать лечение с

- электросудорожной терапии
- транскраниальной магнитной стимуляции
- групповой психотерапии
- психофармакотерапии

Пациентке показано сочетание

- антидепрессантов и транквилизаторов
- ноотропов и адаптогенов
- нейролептиков и тимостабилизаторов
- психостимуляторов и антихолинестеразных средств

Есть все основания назначить больной

- 15-30 мг венлафаксина и 5-10 мг клоназепама
- 15-30 мг пирлиндола и 5-10 мг сульпирида
- 15-30 мг мirtазапина и 5-10 мг диазепама
- 15-30 мг клозапина и 5-10 мг биперидена

Больная принимает в сутки 30 мг мirtазапина. Следует опасаться возникновения

- холинолитического делирия
- нервной анорексии
- лекарственного паркинсонизма
- ортостатического коллапса

На фоне лечения пациентки в будущем с высокой вероятностью следует ожидать

- холинолитического делирия
- нервной анорексии
- лекарственного паркинсонизма
- ортостатического коллапса

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Молодой человек 24 лет направлен к психиатру эндокринологом

Жалобы

На постоянные неприятные тянущие ощущения внизу живота и в промежности, похожие на «ввинчивание мохнатой лапы», на снижение потенции

Анамнез заболевания

До 15 лет чувствовал себя совершенно здоровым, учился средне, с 14 лет в компании сверстников начал курить, употреблять спиртное, имел беспорядочные связи с женщинами. В 15 лет долго встречался с женщиной, которая была на 10 лет его старше, однажды она угостила его водкой, на

следующий день у него был частый стул и тошнота. Эти симптомы прошли, но он стал постоянно испытывать тяжесть и боли в промежности. Понял, что эта женщина специально отравила его, разорвал с ней всяческие отношения. Обследовался у терапевта и уролога, никакой патологии не обнаружено. Продолжал поддерживать связи с другими женщинами. Примерно через год заметил, что у него снизилась потенция. Стал читать специальную медицинскую литературу, убедился в том, что у него тромбированы вены яичка, а также есть признаки дисбактериоза. Полностью отказался от сигарет и алкоголя, разорвал отношения со сверстниками, которые склоняли его к курению и употреблению спиртного. В одиночестве занимался силовыми упражнениями и бегом. Постоянно рассказывал родителям о своих сексуальных проблемах, просил их найти ему хорошего врача.

Анамнез жизни

* из близких родственников никто к психиатру не обращался;

* живет с отцом и матерью, старшая сестра замужем, живет отдельно;

* в ПТУ подучил специальность сварщика, в настоящее время работает электриком на судоремонтном заводе, имеет нарекания за недобросовестное отношение к работе, все заработанные деньги тратит на платные консультации врачей, живет на средства родителей.

Объективный статус

Берет инициативу в беседе, временами общение с врачом превращается в монолог, говорит монотонно, высокомерно. Заявляет, что у него постоянно свербит и щекочет внутри живота и промежности, «как будто ввинчивают мохнатую лапу». Убежден в том, что настоящие расстройства – это следствие отравления. Говорит, что не испытывает никаких чувств к отравившей его девушке, практически забыл о ней, так как после неё у него было много других. Убежден в своей привлекательности, заявляет, что даже с низкой потенцией может удовлетворить любую девушку. В то же время недоволен своим состоянием, так как уверен, что в кишечнике скопилась слизь, чувствует исходящий от него неприятный запах вне зависимости от отхождения кишечных газов. Используя медицинские термины, пространно рассуждает о возможных механизмах возникновения симптомов. Объясняет, что на женщин сердиться бесполезно, поскольку они «существа низшего порядка», причисляет к этим существам и свою мать.

Психиатрическое освидетельствование данного больного проводится

- только при наличии согласия пациента

- при наличии письменного согласия одного из родителей
- даже при отсутствии письменного согласия, недобровольно
- только при наличии направления от участкового врача

У больного имеются симптомы психического расстройства, в том числе

- бредовые идеи
- идеаторный автоматизм
- сенсорный автоматизм
- навязчивые идеи

Продуктивные психические расстройства у данного больного

- выражаются в парейдолических иллюзиях
- не выражены
- представлены сенестопатиями и галлюцинациями
- проявляются дереализацией и деперсонализацией

Негативные психические расстройства у данного больного

- не выражены
- выражаются в астении и недержании эмоций
- представлены патологической обстоятельностью и олигофазией
- проявляются эмоциональной холодностью и резонерством

Врач просит пациента объяснить смысл пословицы «у семи нянек дитя без глазу». Больной говорит «женщины только портят детей, они сами не знают, чего хотят; мир, в котором царят женщины, обречен на хаос и вырождение». Такой ответ свидетельствует о

- склонности к обстоятельности и детализации
- нецеленаправленности мышления
- низкой способности к абстрактному мышлению
- персеверативности мышления

Настоящее состояние больного соответствует понятию синдрома

- хронического паранойяльного
- параноидно-ипохондрического
- хронического галлюцинаторного
- депрессивно-ипохондрического

По этиологии данное расстройство вероятнее всего относится к

- психогенным

- экзогенным
- соматогенным
- эндогенным

В соответствие с критериями МКБ-10 больному следует выставить диагноз

- психогенным
- экзогенным
- соматогенным
- эндогенным

Диагноз

F20.00 Параноидная шизофрения, непрерывное течение

F45.1 Недифференцированное соматоформное расстройство

F32.3 Тяжелый депрессивный эпизод с психотическими симптомами

F60.1 Шизоидное расстройство личности

Врач назначил больному amitriptyline в дозе 50 мг в сутки. Через неделю состояние больного ухудшилось, появилась тревога, неприятные ощущения стали сильнее. Это можно объяснить тем, что

- было выбрано неверное средство лечения
- доза лекарства была недостаточной
- прошло слишком мало времени с момента назначения препарата
- доза лекарства была слишком большой

Поскольку лечение amitriptyline было неэффективным, будет правильным, если мы

- добавим к amitriptyline карбонат лития
- заменим amitriptyline на risperidone
- заменим amitriptyline на mirtazapine
- добавим к amitriptyline carbamazepine

Больной принимает в сутки 6 мг risperidone. В этом случае довольно высока вероятность

- стойкой артериальной гипертензии и задержки мочеиспускания

- возникновения абортивных эпилептических припадков
- тромбоцитопении и подкожных кровоизлияний
- гинекомастии и усиления сексуальных расстройств

В случае настойчивого лечения пациента мы с высокой вероятностью можем ожидать в будущем

- стойкой артериальной гипертензии и задержки мочеиспускания
- возникновения абортивных эпилептических припадков
- тромбоцитопении и подкожных кровоизлияний
- гинекомастии и усиления сексуальных расстройств

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 33 лет пришел на прием к психиатру в сопровождении жены

Жалобы

Чувствует себя хорошо, жалоб не предъявляет, отмечает снижение продолжительности сна, но не видит в этом проблемы

Анамнез заболевания

Впервые был осмотрен психиатром в 19 лет, когда во время учебы в институте появилась пассивность, пропускал занятия, стал говорить о том, что выбрал неправильную профессию. Состояние улучшилось без лечения, ликвидировал все задолженности, закончил вуз с хорошими отметками. После окончания вуза познакомился по Интернету с девушкой, уехал к ней в Пермь, 3 месяца не работал и не учился, приехал домой подавленный, заявил, что «это всё подстава», уничтожил все свои странички в Интернете, отказывался выходить на улицу, утверждал, что за ним следят. После лечения в стационаре все расстройства исчезли, устроился на работу инженером, стал неплохо зарабатывать, прекратил прием лекарств. 3 года назад подошел на улице к женщине 40 лет, которая плакала, узнал, что её отец болеет раком. Стал ухаживать за её отцом, уволился с работы, переехал к ней жить, после смерти её отца они поженились. Вернулся на работу. 2 недели назад обвинил жену в том, что она им «управляет», познакомился на улице с девушкой 20 лет, поселился у неё, однако каждый день приходил к жене, и вел с ней бессмысленные беседы.

Анамнез жизни

* брат отца страдал психическим заболеванием, покончил с собой в юношеском возрасте, другие родственники здоровы;

* наш пациент имеет высшее техническое образование, в институтские годы злоупотреблял алкоголем, в настоящее время курит и выпивает умеренно;

* в институтские годы наблюдался у терапевта по поводу эрозивного гастрита, последнее время диету не соблюдает, диспептических явлений нет.

Объективный статус

Настроение приподнятое, охотно беседует с врачом, высказывает комплименты в отношении жены, восхищается тем, как она выглядит в её возрасте.

Рассказывает о том, что у жены сильный характер, что она полностью распоряжается его жизнью, что она наняла людей, которые контролируют его сознание, управляют его мышлением, наказывают его за непослушание.

Утверждает, что временами у него в голове возникают звучащие мысли мужчин, которые повторяют «мы тебя достанем», «ты у нас узнаешь почем фунт лиха», видел в толпе людей в форме охранников, которые смотрели на него сурово и с угрозой, в этот момент чувствовал с ними мысленную связь. Утверждает, что жена сама принудила его вступить в связь с молодой девушкой, чтобы он почувствовал привлекательность зрелой опытной женщины, и полюбил её ещё сильнее.

Психиатрическое освидетельствование данного больного проводится

- даже при отсутствии письменного согласия, недобровольно
- при наличии письменного согласия жены
- только при наличии согласия пациента
- только при наличии санкции прокурора

После разговора с психиатром больной подписал согласие на лечение в стационаре. Для пребывания, обследования и лечения в психиатрическом стационаре необходимо провести больному

- даже при отсутствии письменного согласия, недобровольно
- при наличии письменного согласия жены
- только при наличии согласия пациента
- только при наличии санкции прокурора

Результаты обследований

Анализ крови общий и биохимический общетерапевтический

[options="header", cols="^,^",]

|====

| Наименование | Нормы | результат

| Гемоглобин | 130,0 - 160,0 | 144,0

| Гематокрит | 35,0 - 47,0 | 42,8

| Лейкоциты | 4,00 - 9,00 | 6,7

| Эритроциты | 4,00 - 5,70 | 5,00

| Тромбоциты | 150,0 - 320,0 | 290,0

| Лимфоциты | 17,0 - 48,0 | 34,8

| Моноциты | 2,0 - 10,0 | 9,1

| Нейтрофилы | 48,00 - 78,00 | 53,1

| Эозинофилы | 0,0 - 6,0 | 2,3

| Базофилы | 0,0 - 1,0 | 0,7

| СОЭ по Панченкову | 2 - 10 | 8

|====

{nbsp}

[options="header", cols="^,^",]

|====

| Наименование | Нормы | результат

| Белок общий | 57,0-82,0 | 63,2

| Глюкоза | 4,1-5,9 | 4,7

| Креатинин | 44-115 | 55

| Билирубин общий | 3,0-21,0 | 7,9

| АСТ | 0-34 | 15

|АЛТ| 10-49| 22

|Амилаза| 28-100| 46,3

|=====

Серологические пробы на сифилис, ВИЧ и гепатит

Серологические пробы на сифилис, ВИЧ и гепатит отрицательные

Осмотр терапевтом с выдачей заключения о соматическом здоровье пациента

Кожные покровы обычной окраски. Жалоб на соматическое здоровье нет. В легких дыхание везикулярное. АД – 120/80. Пульс – 80 в мин. Стул регулярный, дизурии нет.

Признаков соматической патологии не выявлено.

Количественное определение пролактина крови

Уровень пролактина 133 мкг/л (норма от 100 до 265 мкг/л)

Количественное определение ионов лития в плазме крови

Ионов лития в плазме менее 0,05 ммоль/л

Количественное определение тиреотропного гормона и трийодтиронина в плазме крови

ТТГ – 1,6 мкМЕ/мл (норма от 0,24 до 2,9), Т₃ – 1,4 нмоль/л (норма от 1,04 до 2,5)

У больного имеются симптомы психического расстройства, в том числе

- контрастные навязчивости
- эйфория и аутодезорентировка
- признаки идеаторного автоматизма
- дисфория и истинные галлюцинации

Продуктивные психические расстройства у пациента

- представлены конверсионной симптоматикой
- не выражены
- проявляются сочетанием гипертимии и бреда
- выражаются сверхценными идеями и дереализацией

Негативные психические расстройства у пациента

- не выражены
- представлены эмоциональной сглаженностью
- выражаются дефицитом воли
- проявляются недержанием эмоций

Настоящее состояние больного соответствует понятию синдрома

- хронического парафренного
- маниакально-бредового
- острого паранойяльного
- онейроидно-кататонического

По этиологии данное расстройство вероятнее всего относится к

- эндогенным
- соматогенным
- психогенным
- экзогенным

В соответствие с критериями МКБ-10 больному следует выставить диагноз

- эндогенным
- соматогенным
- психогенным
- экзогенным

Диагноз

F25.2 Шизоаффективное расстройство, смешанный тип

F31.2 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании с психотическими симптомами

F23.2 Острое шизофреноподобное психотическое расстройство

F30.21 Мания с психотическими симптомами, не соответствующими настроению

Пациенту показано назначение

- транквилизаторов и антиконвульсантов
- нейролептиков и тимостабилизаторов
- индукторов системы цитохрома P450

- ингибиторов моноаминоксидазы

Есть все основания назначить больному

- 5-15 мг галоперидола и 300-900 мг карбоната лития
- 5-15 мг мirtазапина и 300-900 мг гопантеновой кислоты
- 5-15 мг кветиапина и 300-900 мг сульфата магния
- 5-15 мг диазепама и 300-900 мг глутаминовой кислоты

Больной принимает в сутки 10 мг галоперидола и 900 мг карбоната лития. На этом фоне он стал жаловаться на сонливость, тошноту, неприятный вкус во рту, учащенный стул и частое мочеиспускание. Вероятнее всего, это обусловлено

- недостаточной дозой галоперидола
- чрезмерной дозой лития карбоната
- недостаточной дозой лития карбоната
- чрезмерной дозой галоперидола

В случае настойчивого лечения пациента мы с высокой вероятностью можем ожидать в будущем

- недостаточной дозой галоперидола
- чрезмерной дозой лития карбоната
- недостаточной дозой лития карбоната
- чрезмерной дозой галоперидола

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 67 лет пришла на прием в сопровождении сына

Жалобы

На плохой сон и периодические головные боли

Анамнез заболевания

Впервые психические расстройства сын стал замечать год назад, когда мать стала обвинять его в краже денег и документов, при этом она сильно не сердилась на него, но мягко упрекала в том, что он берег деньги без спроса. Уверяла его в том, что если ему нужно, то она сама даст ему необходимую сумму. 4 месяца назад на работе настойчиво потребовали, чтобы она написала заявление об увольнении по собственному желанию, поскольку она перестала справляться работой учителя, а сыну посоветовали показать её врачу. Долго

отказывалась идти к врачу. Сын, навещая мать, заметил, что в её квартире серьезный беспорядок, она стала готовить странные невкусные блюда, иногда он видел, что она вообще не готовит, питается молоком и хлебом. Благодарил сына, когда он готовил для неё, ела с жадностью, прятала остатки супа и салата у себя в спальне. Стала путаться в датах, совмещала в одежде странные предметы, могла надеть шелковую блузку поверх фартука, ходила по квартире в вязаной шапочке.

Анамнез жизни

- * своих родителей не знает, воспитывалась в детском доме;
- * закончила педагогический вуз, преподавала литературу и русский язык;
- * вышла замуж за однокурсника, долго не было детей, единственный сын родился, когда ей было 34 года, муж умер 10 лет назад;
- * никогда не курила, в молодости любила в компании выпить, муж упрекал её за отсутствие чувства меры, после смерти мужа практически не пьет;
- * хроническими заболеваниями не страдала, никаких лекарств постоянно не принимает.

Объективный статус

Общается с врачом подчеркнуто вежливо, выражает радость из-за того, что врач такой симпатичный и обходительный. Говорит немного торопливо, не всегда разборчиво. Путается в датах, точно называет год своего рождения, но возраст свой указывает по-разному, то 47, то 57 лет, понимает, что на улице осень, но год называет неверно. Сына своего хвалит, но упрекает в том, что он постоянно заходит в её спальню и берет деньги и документы. Удивляется: «я же его мать, если ему нужно, то дам ему сама», «не понимаю, зачем он так со мной поступает». Характеризует сына, как доброго и заботливого, говорит, что у него хорошая жена, но не помнит её имени. Пишет неровным почерком, в своем имени Татьяна, меняет местами буквы «я» и «ь», в некоторых словах пропускает буквы или пишет их два раза подряд. Не может на часах изобразить требуемое время. Утверждает, что волнуется, поэтому иногда ошибается. Просит её простить.

Психиатрическое освидетельствование данной больной проводится

- даже при отсутствии письменного согласия, недобровольно
- только при наличии её согласия
- только при наличии направления от невролога
- при наличии письменного согласия сына

У больной имеются признаки органического поражения мозга, в том числе

- дизартрия и апраксия
- симптом Аргайла Робертсона
- моторный автоматизм
- моторная афазия

Продуктивные психические расстройства у данной больной

- представлены бредовыми идеями
- проявляются аффективными колебаниями
- отсутствуют
- выражаются расстройствами влечений

Психический дефект у данной больной

- проявляется эмоционально-волевыми расстройствами
- представлен астенией и слабодушием
- выражается мнестико-интеллектуальными расстройствами
- отсутствует

Настоящее состояние больной соответствует понятию синдрома

- деменции
- корсаковского амнестического
- Мартина-Белл
- Котара

Для установления причины возникновения деменции больной необходимо провести

- деменции
- корсаковского амнестического
- Мартина-Белл
- Котара

Результаты обследований

Анализ крови общий и биохимический общетерапевтический

[options="header", cols="^,^",]

|====

| Наименование | Нормы | результат

| Гемоглобин | 120,0 - 140,0 | 136,0

| Гематокрит | 35,0 - 47,0 | 41,8

| Лейкоциты | 4,00 - 9,00 | 6,3

| Эритроциты | 3,70 - 4,70 | 4,00

| Тромбоциты | 150,0 - 320,0 | 331,0

| Лимфоциты | 17,0 - 48,0 | 25,8

| Моноциты | 2,0 - 10,0 | 7,1

| Нейтрофилы | 48,00 - 78,00 | 65,1

| Эозинофилы | 0,0 - 6,0 | 1,3

| Базофилы | 0,0 - 1,0 | 0,7

| СОЭ по Панченкову | 2 - 20 | 6

|====

{nbsp}

[options="header", cols="^,^",]

|====

| Наименование | Нормы | результат

| Белок общий | 57,0-82,0 | 63,2

| Глюкоза | 4,1-5,9 | 5,0

| Креатинин | 44-115 | 63

| Билирубин общий | 3,0-21,0 | 7,9

| АСТ | 0-34 | 15

| АЛТ | 10-49 | 22

|Амилаза|28-100|46,3

|=====

Серологические пробы на сифилис, ВИЧ и гепатиты

Серологические пробы на сифилис, ВИЧ и гепатиты отрицательные

Компьютерная или магниторезонансная томография головы

Кости черепа не изменены. Структуры мозга симметричны, признаки наружной и внутренней гидроцефалии, особенно выраженные в области височных долей. Очаговых образований в мозге не выявлено.

Осмотр терапевтом и ЭКГ с выдачей заключения о соматическом здоровье пациента

Кожные покровы обычной окраски. Жалоб на соматическое здоровье нет. АД – 110/70. Пульс – 76 в мин. Стул регулярный. Признаков соматической патологии не выявлено.

На ЭКГ признаков ишемии не выявлено, ритм синусовый

Дексаметазоновый тест

Прием 1 мг дексаметазона привел к снижению уровня кортизола плазмы крови с 650 до 250 нмоль/л

Количественное определение экскреции 17-кетостероидов и 17-оксикортикостероидов в суточной моче

Показатели в пределах нормы 17-КС – 24 мкмоль/сут, 17-ОКС – 7 мкмоль/сут

По этиологии данное расстройство вероятнее всего относится к

- психогенным
- соматогенным
- экзогенным
- эндогенным

В соответствие с критериями МКБ-10 больной следует выставить диагноз

- психогенным
- соматогенным
- экзогенным
- эндогенным

Диагноз

F00.1 Деменция при болезни Альцгеймера с поздним началом

F01.3 Смешанная корковая и подкорковая сосудистая деменция

F04 Органический амнестический синдром, не обусловленный алкоголем или другими психоактивными веществами

F07.0 Органическое расстройство личности вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного

Врач назначил больной 150 мг сертралина в сутки, однако в течение последующей недели больная была довольно тревожна, её состояние ухудшилось. Это можно объяснить тем, что

- доза лекарства была слишком большой
- прошло слишком мало времени с момента назначения препарата
- было выбрано неверное лекарственное средство
- доза лекарства была недостаточной

Для лечения мнестико-интеллектуальных расстройств у данной больной можно использовать ингибиторы

- холинэстеразы
- карбоангидразы
- обратного захвата норадреналина
- моноаминоксидазы

Для коррекции бредовой симптоматики больной можно назначить

- 1-2 мг amitриптилина
- 1-2 мг рисперидона
- 1-2 мг диазепама
- 1-2 мг карбамазепина

Наиболее вероятным исходом данного заболевания является

- 1-2 мг amitриптилина
- 1-2 мг рисперидона
- 1-2 мг диазепама
- 1-2 мг карбамазепина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Юноша 19 лет пришел на прием к психиатру в сопровождении отца

Жалобы

Сам больной объяснить свои жалобы не может, так как говорит непонятно

Анамнез заболевания

Вырос в деревне, всегда был послушным, хорошо учился. Учитель убеждал родителей, что сыну надо дать высшее образование, однако у них не было денег на оплату его жизни в большом городе. Поступил в высшее военное училище, где ему было обеспечено бесплатное жильё, питание и обмундирование. Первый семестр закончил без «троек», весной родителям позвонил куратор потока и попросил их забрать его домой, так как он вел себя странно, уходил из класса во время занятий, предлагал учителям какие-то нелепые технические решения, не следил за своим внешним видом, в казарме мастурбировал в постели на глазах у всех. Был отстранен от службы комиссией военных психиатров, вопрос о лишении дееспособности родителями не поднимался. Никак не смог объяснить родителям своё поведение. Дома не делал ничего по хозяйству, однообразно ходил по округе, говорил о том, что можно заработать много денег, рисовал непонятные схемы.

Анамнез жизни

* младший из 6 детей в семье, никто из родственников к психиатру не обращался;

* в школьные годы пробовал алкоголь и сигареты, но регулярно никогда не курил;

* специально спортом не занимался, но много работал в саду и огороде, ничем особенно не болел, был физически крепок;

* отношения с одноклассниками и односельчанами всегда были хорошие, так как все уважали его за ум, и готовность помочь, часто чинил соседям технические средства;

* сексуального опыта не имеет.

Объективный статус

Предоставленный сам себе, сидит молча и раскачивает ногой, никак не реагирует на рассказ отца, который описывает врачу расстройства поведения у сына. Когда врач обращается к больному, включается в беседу, сообщает, что ловил и ел «селитерную рыбу», что сделал из двух телевизоров сварочный

аппарат, что в школе «физику любил просто законы сидеть и слушать», добавляет «летом забрали в армию, а страсть осталась». На вопрос врача, почему он не смог учиться в военном училище, отвечает: «меня направили в Гагарина, в деревне есть мужчина и женщина, которые его знали, Гагарин был плохой, пошлый, и его за это в космос оправили». Рассказывает о себе «я любил учиться, оценки получать, два раза двойку получил, простой вопрос по физике и простой вопрос по химии, там было горение в кислороде, я любил говорить, химию знал и физику». Заявляет «у меня мать плохая, и отец сигаретами управляет, родили, а у меня ребро Адама», поднимает рубашку и показывает на свои ребра.

Психиатрическое освидетельствование данного больного проводится

- при наличии письменного согласия отца
- даже при отсутствии письменного согласия, недобровольно
- только при наличии направления из военного училища
- только при наличии согласия пациента

Больной подписал добровольное информированное согласие на госпитализацию в психиатрический стационар. Для пребывания в стационаре и обследования ему необходимо провести

- при наличии письменного согласия отца
- даже при отсутствии письменного согласия, недобровольно
- только при наличии направления из военного училища
- только при наличии согласия пациента

Результаты обследований

Анализ крови общий и биохимический общетерапевтический

[options="header", cols="^,^",]

|====

| Наименование | Нормы | результат

| Гемоглобин | 130,0 - 160,0 | 144,0

| Гематокрит | 35,0 - 47,0 | 41,8

| Лейкоциты | 4,00 - 9,00 | 6,7

| Эритроциты | 4,00 - 5,70 | 5,09

|Тромбоциты|150,0 - 320,0|280,0

|Лимфоциты|17,0 - 48,0|34,4

|Моноциты|2,0 - 10,0|7,1

|Нейтрофилы|48,00 - 78,00|56,5

|Эозинофилы|0,0 - 6,0|1,3

|Базофилы|0,0 - 1,0|0,7

|СОЭ по Панченкову|2 - 20|6

|====

{nbsp}

[options="header", cols="^,^",]

|====

|Наименование|Нормы|результат

|Белок общий|57,0-82,0|63,2

|Глюкоза|4,1-5,9|4,7

|Креатинин|44-115|63

|Билирубин общий|3,0-21,0|7,9

|АСТ|0-34|15

|АЛТ|10-49|22

|Амилаза|28-100|46,3

|====

Серологические пробы на сифилис, ВИЧ и гепатиты

Серологические пробы на сифилис, ВИЧ и гепатиты отрицательные

Компьютерная или магниторезонансная томография головы

Кости черепа не изменены. Структуры мозга симметричны, соотношение белого и серого вещества соответствует возрастной норме, желудочки мозга не расширены. Очаговых образований в мозге не выявлено.

Осмотр неврологом с выдачей заключения о состоянии здоровья пациента

Лицо симметрично, чувствительность не нарушена, сухожильные рефлексы живые, симметричные, координаторные пробы выполняет без особенностей, патологических рефлексов не обнаружено. Заключение: неврологически здоров.

Количественное определение тиреотропного гормона и трийодтиронина в плазме крови

ТТГ – 1,6 мкМЕ/мл (норма от 0,24 до 2,9), Т₃ – 1,4 нмоль/л (норма от 1,04 до 2,5)

Люмбальная пункция для анализа цереброспинальной жидкости

Ликвор прозрачный, вытекает быстрыми каплями, плотность – 1,004, белка 0,28 г/л, цитоз – 4 клетки в 1 мкл

У больного имеются симптомы психического расстройства, в том числе

- навязчивые мысли
- разорванность мышления
- конфабуляции и псевдореминисценции
- сензитивный бред отношения

Продуктивные психические расстройства у пациента

- проявляются несистематизированными бредовыми идеями
- вторичны по отношению к мнестическим расстройствам
- представлены конверсионной симптоматикой
- выражаются в деперсонализации и дереализации

Негативные психические расстройства у пациента

- проявляются утратой способности к абстрактному мышлению
- отсутствуют
- выражаются обстоятельностью и вязкостью мышления
- представлены утратой целенаправленности мышления

По своей природе данное расстройство вероятнее всего относится к

- функциональным
- невротическим

- метаболическим
- органическим

По этиологии данное расстройство вероятнее всего относится к

- психогенным
- эндогенным
- экзогенным
- соматогенным

В соответствие с критериями МКБ-10 пациенту следует выставить диагноз

- психогенным
- эндогенным
- экзогенным
- соматогенным

Диагноз

F20.10 Гебефренная шизофрения, течение непрерывное

F22.03 Паранойяльная шизофрения с сензитивным бредом отношения

F24 Индуцированное бредовое расстройство

F43.1 Посттравматическое стрессовое расстройство

Врач назначил пациенту в сутки 20 мг оланзапина. В течение 2 недель состояние больного существенно не изменилось. Это можно объяснить тем, что

- доза лекарства была недостаточной
- доза лекарства была слишком большой
- имеющиеся у больного расстройства плохо поддаются терапии
- было выбрано неверное лекарственное средство

Учитывая резистентность имеющихся расстройств, есть основания

- заменить оланзапин на клозапин
- добавить к оланзапину тригексифенидил
- заменить оланзапин на циталопрам
- добавить к оланзапину вальпроевую кислоту

Больной принимает в сутки 300 мг клозапина, следует опасаться возникновения

- лейкопении и агранулоцитоза
- серотонинового синдрома
- психической зависимости от лекарства
- приступа артериальной гипертонии

В случае настойчивого лечения пациента мы можем с высокой вероятностью ожидать в будущем

- лейкопении и агранулоцитоза
- серотонинового синдрома
- психической зависимости от лекарства
- приступа артериальной гипертонии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 34 лет обратился за помощью к психиатру после того, как ударил жену

Жалобы

На неспособность контролировать свои чувства

Анамнез заболевания

С детства остро чувствовал несправедливость вокруг себя. Завидовал старшему брату, которого родители постоянно ставили ему в пример, сначала старался стать лучше брата, потом понял, что родители всё равно этого не оценят. Хотел побыстрее стать самостоятельным и уйти от родителей. В армии было несколько конфликтов, когда он упрямо отстаивал свою правоту. Вскоре после армии женился на женщине с ребенком, и переехал к ней. Сразу подчеркнул, что он является хозяином в доме, и требует неукоснительного послушания. Взял на себя уборку квартиры, поскольку видел, что жена убирается недостаточно тщательно. После рождения дочери установил строгий порядок мытья и стирки одежды. После прогулки заставлял снимать всю одежду дочери, не переступая порога квартиры. Практически порвал отношения с родителями, не хотел, чтобы они приходили в его дом, так как они не умели соблюдать чистоту. Недавно жена купила дочери новый комбинезон, и стала примерять его, не постирав предварительно. Набросился на жену с упреками, и ударил её по лицу.

Анамнез жизни

* среди ближайших родственников никто к психиатру не обращался;

* наш пациент в школе пробовал сигареты, но потом бросил, от спиртного не отказывается, но выпивает редко, поскольку не имеет друзей, а в одиночку пить не любит;

* за последние 15 лет сменил 7 мест работы, увольнялся всегда по собственной инициативе, так как не был доволен условиями работы или отношениями с сослуживцами.

Объективный статус

Понимает, что женщин бить нельзя, испытывает сожаление по поводу своей несдержанности, при этом отмечает, что данный случай был исключением, так как жена в основном старается с ним не спорить, и большинстве случаев неукоснительно соблюдает его требования. Испытывает противоречивые чувства по поводу того, что существенная часть семейного бюджета тратится на покупку моющих и дезинфицирующих средств. Сожалеет, что приходится тратить такие деньги, но не видит никакой возможности сократить расходы, так как не доверяет дешевым и непроверенным чистящим средствам. С раздражением говорит о родителях, утверждает, что пытался установить с ними мирные отношения, но они не смогли этого оценить, постоянно осуждали его действия, и высмеивали его привычки. Просит назначить ему лекарства, которые помогут ему лучше контролировать свои чувства.

Возник вопрос о госпитализации пациента в психиатрический стационар. В данном случае следует

- госпитализировать его в случае наличия письменного заявления от жены
- обсудить с самим пациентом его потребность в психиатрической помощи
- госпитализировать его даже при отсутствии письменного согласия, недобровольно
- обратиться в суд для получения соответствующего решения

Для установления диагноза после клинической диагностической беседы довольно важно провести

- госпитализировать его в случае наличия письменного заявления от жены
- обсудить с самим пациентом его потребность в психиатрической помощи
- госпитализировать его даже при отсутствии письменного согласия, недобровольно
- обратиться в суд для получения соответствующего решения

Результаты обследования

Обследование психологом с применением тестовых методик

Выявлены: повышенная чувствительность к фрустрации, склонность к образованию жестких конструктов, эмоциональная ригидность, подозрительность и общая тенденция к искажению нейтрального или дружеского отношения к себе других, которое принимается за враждебное и презрительное, воинственно-щепетильное отношение к вопросам, связанным с исполнением правил и законов. Когнитивные способности не нарушены.

Магнитнорезонансная или компьютерная томография головы

Кости черепа не изменены. Структуры мозга симметричны, обычной структуры и плотности. Признаков атрофии и очаговых образований нет.

Электроэнцефалографическое обследование на фоне гипервентиляции и депривации сна

Признаков эпилептической активности не выявлено, электрическая активность симметричная, соответствует норме

Допплерографическое исследование сосудов головы и шеи

Скорость кровотока в крупных артериях и венах головы и шеи не изменена

У пациента наиболее выражены расстройства

- сознания и ориентировки в окружающем
- восприятия и ощущений
- мышления и поведения
- памяти и когнитивной сферы

У пациента имеются симптомы психического расстройства, в том числе

- фобии и контрастные навязчивости
- негативизм и амбивалентность
- сверхценные идеи и эмоциональная ригидность
- парейдолические иллюзии и бред преследования

По своей природе данное расстройство вероятнее всего относится к

- функциональным
- психотическим
- экзогенным
- органическим

По своей природе описанное поведение является проявлением

- хромосомной аберрации
- стабильного расстройства

- прогрессирующего заболевания
- внутриличностного конфликта

В соответствии с критериями МКБ-10 пациенту следует выставить диагноз

- хромосомной аберрации
- стабильного расстройства
- прогрессирующего заболевания
- внутриличностного конфликта

Диагноз

F60.0 Параноидное расстройство личности

F21 Шизотипическое расстройство

F41.2 Смешанное тревожное и депрессивное расстройство

F34.8 Другое хроническое аффективное расстройство

Из лекарственных средств пациенту полезнее всего назначить

- транквилизаторы
- антидепрессанты
- нейролептики
- тимостабилизаторы

Есть все основания назначить пациенту

- 1-2 мг хлордиазепоксида
- 1-2 мг рисперидона
- 1-2 мг карбамазепина
- 1-2 мг хлорпромазина

Для наилучшей адаптации лекарственное лечение следует комбинировать с

- депривацией сна
- физиотерапией и лечебной физкультурой
- транскраниальной магнитной стимуляцией
- групповой психотерапией

Доза рисперидона была повышена до 4 мг в сутки. Следует опасаться возникновения

- гипертонического криза
- тромбоцитопении и лейкоцитопении
- психической зависимости от лекарства
- гинекомастии и сексуальных расстройств

В случае настойчивого лечения пациента мы можем ожидать в будущем

- гипертонического криза
- тромбоцитопении и лейкоцитопении
- психической зависимости от лекарства
- гинекомастии и сексуальных расстройств

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 53 лет пришел на прием к психиатру в сопровождении жены

Жалобы

Самостоятельно жалоб не предъявляет, утверждает, что пришел к врачу по настоянию жены, советует ей самой провериться у психиатра

Анамнез заболевания

Женаты 19 лет, воспитывают дочь 18 лет и сына 15 лет. В семье периодически возникали ссоры и конфликты, преимущественно из-за того, что муж злоупотреблял алкоголем, в состоянии похмелья был вспыльчив, грубил, мог замахнуться на жену кулаком. Требовал от неё сексуальной близости в состоянии опьянения, но она отвергала его пьяные притязания. Последнее время в состоянии трезвости сексуальные отношения не приносили удовольствия, так как либо возникала ранняя эякуляция, либо оргазма не удавалось достигнуть совсем. Два месяца назад стал обвинять в этом жену, заявлял, что она завела любовника. Устраивал скандалы, когда она возвращалась с работы, так как считал, что она задержалась, и встречалась с любовником. Проверял её сумочку, расспрашивал о происхождении и назначении каждой вещи. Однажды среди ночи приехал на дачу, где жена была с детьми, обыскивал её спальню. Стал провожать её до работы. При дочери и сыне называл жену «проституткой». По ночам не давал спать, требовал от неё признания, в противном случае угрожал убить её и любовника. Утверждал, что любовником является бывший одноклассник жены. Нашел его адрес, пришел к нему, и устроил скандал.

Анамнез жизни

* работает технологом на машиностроительном заводе, имел нарекания от

начальства за появление на работе в нетрезвом виде;

* среди близких родственников никто у психиатра не лечился, брат отца покончил с собой в состоянии алкогольного опьянения;

* наш пациент алкоголь употребляет с 17 лет, последние 3 года старается делать перерывы, во время летнего отдыха полностью отказывается от алкоголя на 2-3 недели. Первые 3-4 дня после отказа от алкоголя нарушается сон и аппетит;

* соматически считает себя здоровым, 2 года назад делал операцию в связи с тромбозом геморроидальных узлов.

Объективный статус

На приеме мрачен и молчалив, лицо красное, покрыто испариной, запах «перегара» изо рта, часто и тяжело дышит, отмечается легкий тремор рук. Заявляет, что у них идеальные отношения в семье, что полностью удовлетворен своей сексуальной жизнью. Подтверждает, что провожает жену до работы, что однажды среди ночи приехал к ней на дачу, исходя из принципа «доверяй, но проверяй». Злоупотребление алкоголем отрицает, говорит, что во время отпуска по 2-3 недели «не берет ни капли в рот». Свой визит к однокласснику жены объясняет тем, что тот всегда «лез в их жизнь», что у них с женой всегда были от него секреты, у жены до сих пор хранятся школьные фотографии, на которых почти всегда есть «этот её ухажёр».

У больного имеются симптомы психического расстройства, в том числе

+ _____ + идеи

- аутохтонные
- навязчивые
- бредовые
- сверхценные

В отношении алкоголя у больного

- отмечаются признаки употребления с вредными последствиями
- признаков зависимости нет
- присутствует только психическая зависимость
- присутствует психическая и физическая зависимость

Сознание больного в настоящее время можно оценить как

- аффективно суженное

- измененное
- ясное
- помраченное

По своей природе описанное расстройство наверняка является

- эндогенным
- невротическим
- психотическим
- психогенным

Настоящее состояние больного соответствует понятию синдрома

- психоорганического
- парафренного
- паранойяльного
- маниакального

Госпитализация данного пациента в психиатрический стационар возможна

- только при наличии его письменного согласия
- даже без его согласия, недобровольно
- по заявлению близкого родственника (жены)
- по представлению участкового уполномоченного полиции

Для пребывания, обследования и лечения в психиатрическом стационаре необходимо провести больному

- только при наличии его письменного согласия
- даже без его согласия, недобровольно
- по заявлению близкого родственника (жены)
- по представлению участкового уполномоченного полиции

Результаты обследования

Анализ крови общий и биохимический общетерапевтический

[cols="^,^",]

|====

a| *Наименование* a| *Нормы* a| *результат*

a| Гемоглобин a| 130,0 - 160,0 a| 135,0

a| Гематокрит a| 35,0 - 47,0 a| 45,8

а| Лейкоциты а| 4,00 - 9,00 а| 7,1
а| Эритроциты а| 4,00 - 5,70 а| 4,44
а| Тромбоциты а| 150,0 - 320,0 а| 295,0
а| Лимфоциты а| 17,0 - 48,0 а| 43,8
а| Моноциты а| 2,0 - 10,0 а| 8,1
а| Нейтрофилы а| 48,00 - 78,00 а| 43,5
а| Эозинофилы а| 0,0 - 6,0 а| 1,3
а| Базофилы а| 0,0 - 1,0 а| 0,7
а| СОЭ по Панченкову а| 2 - 20 а| 16

|====

{nbsp}

[cols=" ,^,^",]

|====

а| *Наименование* а| *Нормы* а| *результат*

а| Белок общий а| 57,0-82,0 а| 62,2

а| Глюкоза а| 4,1-5,9 а| 6,3

а| Креатинин а| 44-115 а| 75

а| Билирубин общий а| 3,0-21,0 а| 17,9

а| АСТ а| 0-34 а| 51

а| АЛТ а| 10-49 а| 32

а| ГГТ а| до 48 а| 65

|====

Серологические пробы на сифилис, ВИЧ и гепатиты

Серологические пробы на сифилис, ВИЧ и гепатиты отрицательные

Осмотр терапевтом с интерпретацией ЭКГ и выдачей заключения

Кожные покровы влажные, гиперемия на лице, груди и руках. Дыхание везикулярное, учащенное. АД – 155/100. Пульс – 96 в мин. Печень на 1 см выступает из под реберной дуги. На ЭКГ обнаружены тахикардия и экстрасистолии.

Признаки злоупотребления алкоголем.

Дексаметазоновый тест

Прием 1 мг дексаметазона привел к снижению уровня кортизола плазмы крови с 650 до 250 нмоль/л

Допплерография сосудов шеи и головы

Признаков замедления артериального или венозного кровотока не обнаружено

Люмбальная пункция для анализа цереброспинальной жидкости

Ликвор прозрачный, вытекает быстрыми каплями, плотность – 1,004, белка 0,28 г/л, цитоз – 4 клетки в 1 мкл

В соответствие с критериями МКБ-10 больному следует выставить диагноз

- только при наличии его письменного согласия
- даже без его согласия, недобровольно
- по заявлению близкого родственника (жены)
- по представлению участкового уполномоченного полиции

Диагноз

F10.51 Психотическое бредовое расстройство в результате употребления алкоголя

F23.0 Острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении

F10.4 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя, состояние отмены с делирием

F06.2 Органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство

Пациент был госпитализирован в недобровольном порядке, он жалуется на одышку, тремор, сердцебиение и бессонницу. Для купирования этих расстройств следует назначить инфузии

- декстрана и трициклические антидепрессанты
- ионных растворов и производные бензодиазепина
- ингибиторов протеолитических ферментов и клонидин
- 5% раствора глюкозы и ингибиторы холинэстеразы

У больного сохраняются бредовые идеи ревности, для их коррекции можно назначить пациенту в сутки 5-10 мг

- галоперидола
- флюоксетина
- карбамазепина
- хлорпромазина

Больной получает в сутки 10 мг галоперидола, на этом фоне стал жаловаться на выраженную скованность в сочетании с неусидчивостью и тремором.

Следует

- добавить в схему лечения трифлуоперазин
- добавить в схему лечения amitriptilin
- заменить галоперидол на рисперидон
- заменить галоперидол на циталопрам

После курса стационарного лечения бредовые идеи ревности исчезли, однако больной продолжает злоупотреблять алкоголем. В этом случае высока вероятность формирования в будущем

- добавить в схему лечения трифлуоперазин
- добавить в схему лечения amitriptilin
- заменить галоперидол на рисперидон
- заменить галоперидол на циталопрам

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 47 лет направлена к психиатру районным терапевтом.

Жалобы

На подавленность, беспокойство, плохой сон.

Анамнез заболевания

В институтские годы один раз консультировалась у психиатра в связи с резким похуданием, тогда ей было указано на опасность ограничения в еде, и проблема разрешилась без лечения. После первых родов была напугана прибавкой в весе, настойчиво соблюдала диету и занималась спортом, чтобы вернуться в форму. Когда больной было 27 лет, её отец заболел раком. Уволилась с работы, ухаживала за отцом, но через полгода он умер. После его смерти вышла на работу, но чувствовала слабость, обращала внимание на излишнюю худобу, проводила многочисленные обследования на предмет выявления рака. Постоянно ощупывала грудь, показывала врачам родинки на теле, сдавала кал на скрытую кровь. Все обследования давали отрицательный результат. Во время второй беременности и кормления грудью стала чувствовать себя лучше, меньше беспокоилась за своё здоровье. Новое ухудшение было, когда сын уехал учиться в другой город. Год назад дочь тоже поступила в университет и переехала в общежитие. На этом фоне стала постоянно думать о раке, чувствовала, как стареет и отказывает организм. По ночам не могла заснуть, так как думала о возможной болезни.

Анамнез жизни

- * среди родственников никто к психиатру не обращался;
- * живет с мужем, который обеспечивает семье хороший доход, однако пациентка не хочет бросать работу;
- * на фоне постоянных неприятных мыслей стала больше курить, при этом постоянно думает о том, что курение вызывает рак;
- * менструации с 12 лет, было 4 беременности, 2 из которых завершились родами.

Объективный статус

Берет инициативу в беседе, подробно описывает врачу все проведенные обследования, пытается оценить их с использованием информации, прочитанной в специальной медицинской литературе и в Интернете. Критикует себя за повышенную мнительность, с доверием относится к врачам, которые её консультировали, с улыбкой говорит врачу «я вела себя, как дура», «в поликлинике на меня все врачи смотрят косо, но я ничего не могу с собой поделаться». Жалуется на то, что муж сторонится её, он просит, чтобы она не приставала к нему со своими жалобами и подозрениями. Сообщает, что муж

постоянно советует ей сходить к психиатру. В некоторые моменты начинает плакать и повторять, что она «попала в западню». Любит ходить на работу, поскольку там немного отвлекается от постоянных мыслей о раке.

Стационарное лечение в данном случае

- проводится по решению суда
- осуществляется по решению комиссии из 3 психиатров
- возможно при наличии заявления близкого родственника
- не показано

Диагноз психического расстройства в данном случае в первую очередь основывается на данных

- проводится по решению суда
- осуществляется по решению комиссии из 3 психиатров
- возможно при наличии заявления близкого родственника
- не показано

Результаты обследования

Клинический опрос больной

Присутствуют жалобы на страх заболеть раком и постоянные мучительные мысли об этом.

Тестовые психологические методики

IQ – 107, объем запоминания достаточный, по результатам MMPI личностные особенности в пределах популяционной нормы, есть признаки повышенной тревожности

Электроэнцефалография

Признаков эпилептической активности не выявлено, электрическая активность симметричная, соответствует норме

Магниторезонансная томография

Объемных образований и очаговых повреждений в мозге не выявлено. Желудочки обычного размера, структуры мозга симметричны

У больной имеются симптомы психического расстройства, в том числе

- навязчивые мысли
- сверхценные идеи
- ментизм и шперрунг
- персеверации и вербигерации

Негативные психические расстройства у пациентки

- отсутствуют
- проявляются амбивалентностью и амбивалентностью
- затрагивают в основном эмоционально-волевую сферу
- представлены паралогическим мышлением

По своей природе данное расстройство вероятнее всего относится к

- функциональным
- психотическим
- экзогенным
- органическим

По своей природе описанное поведение следует считать проявлением

- невротического расстройства
- прогрессирующего процесса
- патологического характера
- стабильного дефекта

Настоящее состояние больной соответствует понятию синдрома

- диэнцефального
- сенестопатически-ипохондрического
- обсессивно-фобического
- астено-депрессивного

По этиологии данное расстройство вероятнее всего относится к

- психогенным
- эндогенным
- соматогенным
- экзогенным

В соответствие с критериями МКБ-10 больной следует выставить диагноз

- психогенным
- эндогенным
- соматогенным
- экзогенным

Диагноз

F45.2 Ипохондрическое расстройство

F32.01 Легкий депрессивный эпизод с соматическими симптомами

F60.4 Истерическое расстройство личности

F21.3 Псевдоневротическая (неврозоподобная) шизофрения

Врач назначил пациентке оланзапин в дозе 5 мг в сутки. В течение последующих 2 недель никакого улучшения не наступило. Это можно объяснить тем, что

- прошло слишком мало времени с момента назначения препарата
- доза лекарства была недостаточной
- доза лекарства была слишком большой
- было выбрано неверное средство лечения

Поскольку лечение оланзапином было неэффективным, больной следует

- назначить нелекарственное лечение
- добавить к оланзапину тригексифенидил
- заменить оланзапин на мемантин
- заменить оланзапин на вальпроевую кислоту

Из нелекарственных методов пациентке более всего показана

- назначить нелекарственное лечение
- добавить к оланзапину тригексифенидил
- заменить оланзапин на мемантин
- заменить оланзапин на вальпроевую кислоту

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщину 49 лет привела на прием к психиатру сестра.

Жалобы

Больная на вопросы не отвечает, жалоб не высказывает.

Анамнез заболевания

Сама пациентка изложить анамнез не может, так как не говорит. Сестра живет в другом городе, пациентку видит редко. Помнит, что в школе и вузе сестра была активисткой, занималась общественной работой. Знает, что ещё до замужества у сестры был эпизод, когда она лежала в психиатрической больнице. Родители

тогда говорили, что она была заторможенной, не ела. После лечения все расстройства исчезли, но пациентка стала «какой-то другой», постоянно принимала на ночь лекарство. Позже вышла замуж, во время беременности все лекарства пить прекратила, после родов, опять возник эпизод с заторможенностью. Брак распался через 2 года, воспитывала сына, работала инженером в отделе технического контроля, 10 лет назад в связи с низкой эффективностью работы переведена на должность технолога. Живет одна, так как сын женился, сама сыну не звонит, подруг нет, в выходные дни из дома не выходит. 5 лет назад опять был приступ, который купировали амбулаторно. Настоящее ухудшение заметили неделю назад, когда позвонили сыну, и спросили, почему она не приходит на работу. Сын обнаружил, что дома не убрано, и мать сильно похудела.

Анамнез жизни

* среди ближайших родственников никто к психиатру не обращался;

* живет одна, сын навещает мать раз в 1-2 недели;

* после развода ни с кем отношений не поддерживала, дома много смотрит телевизор, занимается хозяйством, последнее время читает мало, подруг нет, общается только с сестрой и сыном;

* менструации с 13 лет, была единственная беременность, завершившаяся родами.

Объективный статус

Пациентка выполняет все команды сестры, но не разговаривает. Смотрит на врача остановившимся взглядом, редко моргает. По просьбе врача протягивает руку, встает и садится. На просьбу написать что-либо никак не реагирует. Предоставленная сама себе может долго сидеть, и ничего не делать. При этом взглядом внимательно следит за присутствующими. Врач берет руку пациентки, и измеряет пульс, когда врач отпускает руку, она повисает в воздухе, и опускается только через 30-40 секунд.

Помещение данной пациентки в психиатрический стационар возможно

- только при наличии санкции прокурора
- даже при отсутствии письменного согласия, недобровольно
- при наличии письменного согласия сестры
- только при наличии её письменного согласия

Для пребывания, обследования и лечения в психиатрическом стационаре необходимо провести больной

- только при наличии санкции прокурора
- даже при отсутствии письменного согласия, недобровольно
- при наличии письменного согласия сестры
- только при наличии её письменного согласия

Результаты обследования

Анализ крови общий и биохимический общетерапевтический

[cols="^,^",]

|====

а| *Наименование* а| *Нормы* а| *результат*

а| Гемоглобин а| 120,0 - 140,0 а| 132,0

а| Гематокрит а| 36,0 - 42,0 а| 39,8

а| Лейкоциты а| 4,00 - 9,00 а| 6,9

а| Эритроциты а| 3,70 - 4,70 а| 4,09

а| Тромбоциты а| 180,0 - 320,0 а| 290,0

а| Лимфоциты а| 18,0 - 40,0 а| 35,8

а| Моноциты а| 2,0 - 9,0 а| 7,1

а| Нейтрофилы а| 48,00 - 78,00 а| 52,5

а| Эозинофилы а| 0,0 - 6,0 а| 3,9

а| Базофилы а| 0,0 - 1,0 а| 0,7

а| СОЭ по Панченкову а| 2 - 15 а| 9

|====

{nbsp}

[cols="^,^",]

|====

а| *Наименование* а| *Нормы* а| *результат*

а| Белок общий а| 70,0-90,0 а| 76,2

а| Глюкоза а| 4,22-6,11 а| 4,4

а| Креатинин а| 44-115 а| 100

а| Билирубин общий а| 8,5-20,5 а| 18,3

а| АСТ а| 0-34 а| 22

а| АЛТ а| 10-49 а| 24

а| Амилаза а| 28-100 а| 46,3

|====

Серологические пробы на сифилис, ВИЧ и гепатиты

Серологические пробы на сифилис, ВИЧ и гепатиты отрицательные

Осмотр терапевтом и ЭКГ с выдачей заключения о соматическом здоровье пациентки

Кожные покровы обычной окраски. Дыхание в легких везикулярное. АД – 130/90. Пульс – 80 в мин. Живот при пальпации безболезненный, печень не увеличена.

На ЭКГ патологии не выявлено, ритм синусовый, ЧСС – 80 в мин.

Компьютерная или магниторезонансная томография головы

Объемных образований и очаговых повреждений мозга не выявлено. Желудочки не расширены. Легкие проявления атрофии в пределах возрастной нормы.

Ангиографическое исследование сосудов шеи и головы

Сосуды шеи и головы полностью проходимы, значительных сужений и аномалий не выявлено

Дексаметазоновый тест

Прием 1 мг дексаметазона привел к снижению уровня кортизола плазмы крови с 650 до 250 нмоль/л

У больной имеются симптомы психического расстройства, в том числе

- ангедония, моторная и идеаторная заторможенность
- признаки моторного и идеаторного автоматизма
- олигофазия, апатия и абулия
- пассивная подчиняемость и негативизм

Продуктивные психические расстройства у больной

- не выражены
- включают каталепсию и мутизм
- выражаются помрачением сознания
- представлены пароксизмальной симптоматикой

Негативные психические расстройства у больной

- отсутствуют
- трудно оценить на фоне обострения
- проявляются снижением способности к абстрактному мышлению
- представлены утратой воли и эмоций

Настоящее состояние пациентки соответствует понятию синдрома

- диэнцефального
- депрессивного
- кататонического
- апаллического

По этиологии данное расстройство вероятнее всего относится к

- экзогенным
- психогенным
- эндогенным
- соматогенным

В соответствие с критериями МКБ-10 больному следует выставить диагноз

- экзогенным
- психогенным
- эндогенным
- соматогенным

Диагноз

F20.21 Кататоническая шизофрения, течение эпизодическое с нарастающим дефектом

F23.1 Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении

F23.2 Острое шизофреноподобное психотическое расстройство

F20.62 Простая шизофрения, тип течения эпизодический со стабильным дефектом

Врач назначил пациентке 50 мг кломипрамина в сутки внутривенно капельно, однако в течение последующих 3 дней её состояние не улучшилось. Это можно объяснить тем, что

- доза лекарства была слишком большой
- прошло слишком мало времени с момента назначения препарата
- было выбрано неверное средство лечения
- доза лекарства была недостаточной

Поскольку лечение кломипрамином было неэффективным, будет правильным, если мы

- добавим к кломипрамину мirtазапин
- заменим кломипрамин на клоназепам
- добавим к кломипрамину мемантин
- заменим кломипрамин на клозапин

Больной назначили клозапин в суточной дозе 300 мг, следует опасаться возникновения

- приступа артериальной гипертензии
- лекарственного паркинсонизма
- лейкопении и агранулоцитоза
- рвоты и диареи

Острый приступ был купирован, больная отвечает на вопросы, ест самостоятельно, хочет выйти на работу. Для предупреждения новых приступов болезни следует

- приступа артериальной гипертензии
- лекарственного паркинсонизма
- лейкопении и агранулоцитоза
- рвоты и диареи

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 64 лет пришел на прием к психиатру в сопровождении дочери.

Жалобы

На беспокойный сон, плохое настроение и раздражительность.

Анамнез заболевания

До 59 лет работал, к врачам почти не обращался. Примерно 5-6 лет назад появился спонтанный тремор рук в покое. Затем стал заторможенным и скованным. Вынужден был обратиться к неврологу, был обследован, диагностирована болезнь Паркинсона, начато лечение. В настоящее время постоянно принимает таблетки леводопы с карбидопой (250 мг + 25 мг) по 1 таблетке 3 раза в день. 3 года назад оформлена инвалидность. После установления диагноза был подавлен, плохо спал, снизился аппетит, срывался на близких. Примерно через 3-4 месяца стал замечать, что лекарства немного помогают, стал более активен, работал на даче, приглашал туда друзей. Примерно 3 месяца назад стал какой-то мрачный, злился, когда его оставляли на даче одного, раздраженно выяснял у жены, что она делала в городе. Дочери заявил, что жена ему изменяет. Отказывался есть еду, приготовленную женой, с удовольствием съедал то, что привозила дочь, стал готовить себе сам. Поссорился с соседями по даче, с которыми давно дружил, говорил, что они что-то против него замышляют. Часто выходил на участок поздно вечером и ночью, «чтобы поймать соседа», по ночам шумно ходил по дому, гремел предметами, утром жаловался на то, что не выспался.

Анамнез жизни

- * никто из близких родственников к психиатру не обращался;
- * женился по любви почти 40 лет назад, имеет дочь 38 лет;
- * имеет высшее образование, работал ведущим инженером;
- * в молодости проходил лечение по поводу эрозивного гастрита, последнее время диеты не соблюдает, на диспепсию не жалуется.

Объективный статус

На приеме у врача мрачен и раздражителен, перебивает дочь, указывает на ошибки, хотя его уточнения не имеют принципиального значения. Часто запинаясь, поскольку не может найти подходящее слово, злится, когда ему подсказывают не то, что он хотел. Заявляет, что жена его предала «пока был

здоров, был ей нужен, а как заболел, так и из сердца вон». Уверен, что жена сговорила с соседом, обвиняет соседа в том, что тот хочет получить у больного деньги на установку нового забора между участками, поскольку больной ему отказал, сосед якобы ворует овощи с огорода, ломает ветки деревьев и берет инструменты. Месяц и год называет правильно, однако не может точно указать день недели и сегодняшнее число. Почерк нарушен, хотя грубых ошибок при письме не делает. Счет по Крепелину выполняет очень медленно, иногда ошибается, начинает злиться, и прекращает выполнять задание.

Госпитализация данного пациента в психиатрический стационар возможна

- даже без его согласия, недобровольно
- по заявлению близкого родственника (дочери)
- только при наличии направления от невролога
- только при наличии его письменного согласия

Врач просит больного объяснить смысл пословицы «не всё то золото, что блестит». Больной говорит с раздражением «При чем тут золото? У меня никакого золота нет». Такой ответ свидетельствует о

+ _____ + мышления

- слабости абстрактного
- соскальзывании в процессе
- нецеленаправленности
- замедлении

Продуктивные психические расстройства у пациента

- не выражены
- проявляются бредом
- выражаются в помрачении сознания
- представлены навязчивыми идеями

Негативные психические расстройства у пациента

- проявляются эмоционально-волевым дефектом
- отсутствуют
- представлены бедностью ассоциаций и вязкостью
- выражаются мнестико-интеллектуальным дефектом

Бредовые расстройства у данного больного сочетаются с признаками

- делирия

- депрессии
- деменции
- деперсонализации

Больной от госпитализации отказался, представил выписку из амбулаторной карты со свежими результатами анализов крови и мочи, а также заключением терапевта и невролога. В первую очередь следует направить пациента на

- делирия
- депрессии
- деменции
- деперсонализации

Результаты обследования

Магниторезонансная томография головы

Кости черепа не изменены. Структуры мозга симметричны, объемных образований и очаговых поражений не выявлено. Отмечается незначительное увеличение объема желудочков мозга и расширение пространства между костями черепа и поверхностью мозга до верхней границы возрастной нормы.

Ангиографическое исследование сосудов шеи и головы

сосуды шеи и головы полностью проходимы, значительных сужений и аномалий не выявлено

Дексаметазоновый тест

Прием 1 мг дексаметазона привел к снижению уровня кортизола плазмы крови с 650 до 250 нмоль/л

Люмбальная пункция для анализа цереброспинальной жидкости

Ликвор прозрачный, вытекает быстрыми каплями, плотность – 1,004, белка 0,28 г/л, цитоз – 4 клетки в 1 мкл

По своей природе данное расстройство вероятнее всего относится к

- органическим
- невротическим
- пограничным
- функциональным

В соответствие с критериями МКБ-10 больной следует выставить диагноз

- органическим
- невротическим

- пограничным
- функциональным

Диагноз

F06.2 Органическое бредовое расстройство

F22.0 Хроническое бредовое расстройство

F23.0 Острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении

F24 Индуцированное бредовое расстройство

В качестве успокаивающего средства врач назначил пациенту диазепам по 10 мг в сутки. В течение следующей недели никакого улучшения не наступило. Это можно объяснить тем, что

- было выбрано неверное средство лечения
- доза лекарства была недостаточной
- доза лекарства была слишком большой
- данное расстройство плохо поддается лечению

Поскольку лечение диазепамом было неэффективным, больному следует

- назначить нелекарственное лечение
- заменить диазепам на карбонат лития
- заменить диазепам на нейролептик
- заменить диазепам на антидепрессант

Есть все основания назначить больному

- 25-150 мг трифлуоперазина
- 25-150 мг клозапина
- 25-150 мг зуклопентиксола
- 25-150 мг галоперидола

Больному назначили в сутки 100 мг клозапина, врачу следует

- 25-150 мг трифлуоперазина
- 25-150 мг клозапина
- 25-150 мг зуклопентиксола
- 25-150 мг галоперидола

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 47 лет пришла на прием к психиатру в сопровождении мужа.

Жалобы

Пациентка жалоб не предъявляет, полагает, что муж зря беспокоится.

Анамнез заболевания

Муж знает больную с 23 лет, никаких странностей в её поведении никогда не было, была хорошей хозяйкой, заботливой мамой, поддерживала отношения с двумя школьными подругами, с ними вместе любила ходить в театр. Около года назад стала немного подергиваться голова, иногда без всякой цели взмахивала руками. К врачу идти отказывалась, говорила, что ей это не мешает. Последние месяцы стала какой-то пассивной, много смотрит телевизор, не звонит подругам, когда они её приглашают, говорит, что у неё нет времени. Стала готовить очень однообразно, когда её просят приготовить что-то новое, делает это, но потом опять возвращается к стандартным блюдам. Несколько раз в день ходит к мусоропроводу с ведром, даже если там совсем мало мусора. Выбрасывает в ведро все оставшиеся без присмотра бумажки, остатки еды. Так муж отрезал себе половину яблока, вторую половину она тут же выбросила в ведро. Недавно позвонила сотрудница с её работы, и спросила у мужа, почему она стала странно себя вести.

Анамнез жизни

* мать больной здорова, продолжает работать, хотя ей уже 72 года, отец ушел из семьи, когда пациентке было 8 лет, отношений с дочерью не поддерживал, лечился у психиатров, умер в 58 лет

* наша пациентка имеет высшее экономическое образование, много лет проработала на одном предприятии

* не курит, алкоголь употребляет умеренно

* менструации с 13 лет, было 4 беременности, 2 из которых, завершились родами

Объективный статус

Спокойно слушает, что рассказывает муж, не перебивает его и не комментирует его слова. Периодически подергивает головой, зажмуривает глаза, вскидывает вверх правую руку. Когда врач обращается к ней, подтверждает, что часто выбрасывает мусор «а зачем он будет валяться в квартире?». Полностью

ориентирована, правильно называет день недели, дату, станцию метро, которая находится возле диспансера. Запомнила имя врача со второго раза. Почерк обычный, правильно начинает счет по Крепелину, однако затем сбивается, начинает ошибаться. Когда её просят повторить скороговорки, смеется «доктор, странные у вас задания», когда её повторно просят выполнить задание, произносит фразу нечетко, «заплетается язык». Испытывает трудности, когда её просят изобразить определенное время на часах, складывает из спичек по просьбе врача простые фигуры, с более сложными заданиями начинает путаться, повторяет предыдущее задание. Заявляет, что «всё это ерунда», «я себя отлично чувствую».

Госпитализация данной пациентки в психиатрический стационар возможна

- по направлению участкового врача
- даже без её согласия, недобровольно
- только при наличии её письменного согласия
- по заявлению близкого родственника (мужа)

Врач просит больную объяснить смысл пословицы «одна голова хорошо, а две лучше». Больная смеется «Как же с двумя головами ходить? Это неудобно». Такой ответ свидетельствует о + _____ + мышления

- замедлении
- соскальзывании в процессе
- сохранности процессов
- слабости абстрактного

Больная подписала согласие на госпитализацию. Для пребывания, обследования и лечения в психиатрическом стационаре необходимо провести

- замедлении
- соскальзывании в процессе
- сохранности процессов
- слабости абстрактного

Результаты

Анализ крови общий и биохимический общетерапевтический

|====

а| *Наименование* а| *Нормы* а| *результат*

а| Гемоглобин а| 120,0 - 140,0 а| 132,0

а| Гематокрит а| 36,0 - 42,0 а| 39,8

а| Лейкоциты а| 4,00 - 9,00 а| 7,2

а| Эритроциты а| 3,70 - 4,70 а| 4,29

а| Тромбоциты а| 180,0 - 320,0 а| 270,0

а| Лимфоциты а| 18,0 - 40,0 а| 30,8

а| Моноциты а| 2,0 - 9,0 а| 8,1

а| Нейтрофилы а| 48,00 - 78,00 а| 57,5

а| Эозинофилы а| 0,0 - 6,0 а| 2,9

а| Базофилы а| 0,0 - 1,0 а| 0,7

а| СОЭ по Панченкову а| 2 - 15 а| 9

|====
{nbsp}
|====

а| *Наименование* а| *Нормы* а| *результат*

а| Белок общий а| 70,0-90,0 а| 81,2

а| Глюкоза а| 4,22-6,11 а| 5,0

а| Креатинин а| 44-115 а| 78

а| Билирубин общий а| 8,5-20,5 а| 10,3

а| АСТ а| 0-34 а| 22

а| АЛТ а| 10-49 а| 24

а| Амилаза а| 28-100 а| 46,3

|====

Серологические пробы на сифилис, ВИЧ и гепатиты

Серологические пробы на сифилис, ВИЧ и гепатиты отрицательные

Осмотр терапевтом и ЭКГ с выдачей заключения о соматическом здоровье пациентки

Кожные покровы обычной окраски. Дыхание в легких везикулярное. АД – 130/80. Пульс – 70 в мин. Живот при пальпации безболезненный, печень не увеличена.

На ЭКГ патологии не выявлено, ритм синусовый, ЧСС – 70 в мин.

Магниторезонансную томографию головы

Объемных образований и очаговых повреждений в мозге не выявлено. Отмечается небольшое увеличение объема желудочков и признаки внешней гидроцефалии с акцентом на лобные и теменные доли

Количественное определение экскреции 17-кетостероидов и 17-оксикортикостероидов в суточной моче

Показатели в пределах нормы 17-КС – 24 мкмоль/сут, 17-ОКС – 7 мкмоль/сут

Дексаметазоновый тест

Прием 1 мг дексаметазона привел к снижению уровня кортизола плазмы крови с 650 до 250 нмоль/л

У больной имеются симптомы заболевания мозга, в том числе

- дефицит внимания и повышение настроения
- дизартрия и гиперкинезы
- ангедония и снижение базовых влечений
- патологическая обстоятельность и эгоцентризм

Продуктивные психические расстройства у пациентки

- выражаются в деперсонализации
- представлены сверхценными идеями
- не выражены
- проявляются идеаторным автоматизмом

Негативные психические расстройства у пациентки

- выражаются утратой целенаправленности мышления
- проявляются нарушениями понимания и праксиса
- представлены бедностью ассоциаций и вязкостью

- на фоне острых проявлений болезни оценить невозможно

Настоящее состояние больной соответствует понятию синдрома

- депрессии
- аменции
- апатии
- деменции

По своей природе описанное поведение, вероятнее всего, следует считать проявлением

- стабильного дефекта
- функционального психоза
- внутриличностного конфликта
- наследственного заболевания

В соответствие с критериями МКБ-10 больной следует выставить диагноз

- стабильного дефекта
- функционального психоза
- внутриличностного конфликта
- наследственного заболевания

Диагноз

F02.2 Деменция при болезни Гентингтона

F02.0 Деменция при болезни Пика

F02.3 Деменция при болезни Паркинсона

F02.1 Деменция при болезни Крейцфельдта-Якоба

Врач назначил пациентке мемантин до 20 мг в сутки. В течение последующих 4 недель никакого улучшения не наступило. Это можно объяснить тем, что

- данная болезнь плохо поддается лечению
- прошло слишком мало времени с момента назначения препарата
- доза лекарства была слишком большой
- доза лекарства была недостаточной

Для лечения гиперкинезов больной следует назначить

- ингибиторы моноаминоксидазы
- нейролептики
- ингибиторы холинэстеразы
- трициклические антидепрессанты

Исходом данного заболевания является

- ингибиторы моноаминоксидазы
- нейролептики
- ингибиторы холинэстеразы
- трициклические антидепрессанты

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 26 лет осмотрена психиатром в хирургическом отделении

Жалобы

Жалоб не высказывает, на вопросы врача не может дать связного ответа

Анамнез заболевания

Ранее к психиатру никогда не обращалась. Успешно окончила школу и педагогический вуз по специальности «русский язык и литература». 5 лет встречается с мужчиной, следующей весной собирается оформить с ним брак. Работает на кафедре русского языка в вузе. С детства страдает затруднением носового дыхания, врачи советовали операцию по исправлению носовой перегородки. Месяц назад приняла решение провести операцию, собрала все необходимые анализы, её поставили на очередь. Последнюю неделю нарушился сон, вечерами стояла у окна и смотрела на улицу. Будущий муж спрашивал её о самочувствии, но она ничего не отвечала, указывала ему на какие-то машины, спрашивала, чьи они. Позвонила на работу, и сказала, что не придет. Поехала в магазин и купила красную сумочку и туфли, любимому сказала «это на свадьбу». Накануне взяла туфли и сумочку и приехала на госпитализацию для операции. В отделении, молча, выполняла инструкции, противопоказаний к операции не обнаружено. В палате забилась в угол, и с удивлением смотрела на других. На следующий день стала многословно объяснять, что «восток переместился на запад», «мертвые встали из земли», «прошлое стало будущим». Был вызван психиатр.

Анамнез жизни

* среди ближайших родственников никто к психиатру не обращался, мать работает воспитателем в детском саду, отец – инженер, братьев и сестер нет

* в детстве часто болела простудами, последнее время в основном здорова

* не курит, алкоголь употребляет эпизодически, употребление запрещенных психоактивных веществ семья отрицает

* менструации с 13 лет, до встречи с возлюбленным интимных отношений не имела, беременностей не было

Объективный статус

Со смехом встречает врача-психиатра, заявляет «я вас узнала, вы вчера в ювелирном магазине покупали драгоценности». Заявляет, что её возлюбленный – это оживший Влад Листьев, что смерти больше нет, так как все умершие ожили. Правильно называет своё имя и одновременно утверждает, что она Мать Тереза, что она наблюдает восход на вершине горы Арарат, понимает, что разговаривает с врачом, но уверена, что он Белый глава Коза Ностра, Раскачивается и повторяет «запад ушел на восток», «Европа поселилась в Азии». Отказывается принимать пищу и воду, смеется, зовёт «полетели со мной». Утверждает, что «операции больше не нужно», что все болезни побеждены, «после жизни начинается смерть, а после смерти начинается жизнь», «Токио посадили в тюрьму», «семью Николая расстреляли, а Анастасию выкинули за борт», «история пошла вспять, Анастасия Каменская обрела отца»

Психиатрическое освидетельствование данной больной проводится

- только при наличии письменного согласия пациентки
- по письменному заявлению врача-хирурга
- при наличии письменного согласия близкого родственника (одного из родителей)
- даже при отсутствии письменного согласия, недобровольно

Дальнейшее лечение данной пациентки следует проводить в

- условиях психиатрического стационара
- палате интенсивной терапии хирургического отделения
- психоневрологическом диспансере по месту жительства
- психосоматическом отделении многопрофильной больницы

У больной имеются симптомы психического расстройства, в том числе

- систематизированные бредовые идеи величия, идеаторный автоматизм
- фобии, компульсии, навязчивые мысли, ускорение мышления, «мыслительная жвачка»

- разорванность, несистематизированный бред, двойная ложная ориентировка
- пассивная подчиняемость, дисфория, иллюзии и истинные галлюцинации

Негативные расстройства у данной больной

- в настоящее время на фоне обострения оценить невозможно
- проявляются олигофазией и патологической вязкостью
- представлены выраженным эмоционально-волевым дефектом
- выражаются в мнестико-интеллектуальном снижении

Сознание больной в настоящее время можно оценить как

- измененное
- ясное
- помраченное
- альтернирующее

Настоящее состояние больной соответствует понятию синдрома

- паранойяльного
- онейроидного
- делириозного
- сумеречного помрачения сознания

По этиологии данное расстройство вероятнее всего относится к

- эндогенным
- экзогенным
- психогенным
- соматогенным

В соответствии с критериями МКБ-10 больной следует выставить диагноз

- эндогенным
- экзогенным
- психогенным
- соматогенным

Диагноз

F23.00 Острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении, без стресса

F25.2 Шизоаффективное расстройство, смешанный тип

F43.02 Тяжелая реакция на острый стресс

F20.03 Параноидная шизофрения, эпизодическое ремиттирующее течение

Для купирования психоза больной можно назначить

- 4-8 мг циталопрама или 20-50 мг дулоксетина
- 4-8 мг сульпирида или 20-50 мг клоназепама
- 4-8 мг рисперидона или 20-50 мг зуклопентиксола
- 4-8 мг хлорпромазина или 20-50 мг амисульприда

Больная получает в сутки 10 мг рисперидона, на этом фоне появилась гипертермия до 39,5°C и общая мышечная скованность. Катаральные явления отсутствуют. В этом случае следует

- отменить прием нейролептиков
- назначить антибиотик широкого спектра действия
- заменить рисперидон на галоперидол
- добавить к схеме лечения тригексифенидил

После отмены нейролептиков, применения жаропонижающих средств и бензодиазепиновых транквилизаторов температура тела нормализовалась, однако признаки психоза по-прежнему выражены. Врачи опасаются применять нейролептики. В этом случае для лечения психоза можно использовать

- стимуляцию левого блуждающего нерва
- депривацию сна
- электросудорожную терапию
- транскраниальную магнитную стимуляцию

После 5 сеансов электросудорожной терапии признаки психоза исчезли, оставались некоторая вялость и чувство усталости. Больной был назначен арипипразол по 15 мг/сут, почувствовала себя хорошо. Через 30 день было решено выписать больную из стационара. В дальнейшем ей следует

- стимуляцию левого блуждающего нерва
- депривацию сна
- электросудорожную терапию
- транскраниальную магнитную стимуляцию

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Подросток 15 лет пришел на прием к психиатру в сопровождении матери

Жалобы

На сложности обучения в школе, проблемы взаимоотношений со сверстниками, постоянные мучительные сомнения и неуверенность в себе

Анамнез заболевания

До 14 лет никаких психических расстройств не наблюдалось, учился в основном на «хорошо», занимался в секции борьбы дзюдо, в классе был тихим молчаливым, но пользовался уважением одноклассников. Дома любил читать книги в стиле фэнтези. Последний год появилась внутренняя тревога, неуверенность в себе, над домашним заданием стал работать в 5 раз дольше, следил, чтобы учебник лежал параллельно краю стола, чтобы компакт-диски стояли строго вертикально, проверял положение на теле резинки трусов, долго чистил зубы, так как не был уверен, что правильно держит зубную щетку. В школе возникли проблемы с посещением туалета, не мог войти туда, когда кто-то находился в туалете, чтобы попасть в туалет, уходил с уроков. Стал испытывать напряжение в присутствии одноклассников, говорил, что его раздражают их глупые интересы и пустые разговоры. С нетерпением ждал возвращения матери с работы. Требовал, чтобы она проверила, всё ли он делает правильно, настаивал на том, чтобы она много раз повторяла одну и ту же фразу. В противном случае плакал, говорил, что не хочет жить.

Анамнез жизни

* живет с матерью и бабушкой, мать 3 раза лечилась в стационаре по поводу ипохондрической депрессии;

* отец ушел из семьи, когда мальчику было 9 лет, продолжает поддерживать связь с семьей;

* наш пациент продолжает заниматься дзюдо, несмотря на трудности общения, алкоголь не употребляет, не курит.

Объективный статус

Сначала предоставляет матери возможность рассказать о его расстройстве, затем начинает перебивать её, говорит, что она неверно излагает события. Заявляет, что он стал не таким, как все, не понимает, как надо общаться с людьми, считает, что все окружающие видят его странности и осуждают его. Говорит, что его беспокоят «пунктики», не может связно объяснить, что это

такое, приводит пример с компакт-дисками, что не всегда уверен, правильно ли они лежат, дотрагивается до них, чтобы убедиться, что всё нормально. Отрицает стремление к чистоте и порядку, не испытывает страха загрязнения или заражения, однако долго моется и чистит зубы, при этом следит, в каком направлении распространяются брызги воды, как расположена зубная щетка, в каком направлении движется по телу мочалка. Мимика довольно бедная, однако понимает шутку, в ответ на замечания врача может засмеяться громким неестественным смехом.

Психиатрическое освидетельствование данного больного может проводиться

- по представлению штатного психолога школы
- только при наличии согласия пациента
- даже при отсутствии письменного согласия, недобровольно
- при наличии письменного согласия матери

У больного имеются симптомы психического расстройства, в том числе

- сверхценные идеи, парабулии, импульсивные поступки
- агорафобия, сенестопатии и метафизическая интоксикация
- навязчивые мысли и действия, деперсонализация
- идеаторный, сенсорный и моторный автоматизм

Негативные психические расстройства у больного

- проявляются аутизмом и сглаженностью аффекта
- представлены эмоциональной ригидностью и в сочетании с истощаемостью
- выражаются ухудшением понимания и недержанием аффекта
- отсутствуют

Бредовые идеи у больного

- представлены фрагментарными идеями отношения
- отсутствуют
- исчерпываются вторичными ипохондрическими идеями
- носят систематизированный характер

У больного имеются признаки синдрома

- астенического
- паранойяльного
- обсессивного
- гебоидного

По этиологии данное расстройство вероятнее всего относится к

- психогенным
- соматогенным
- эндогенным
- экзогенным

В соответствие с критериями МКБ-10 больному следует выставить диагноз

- психогенным
- соматогенным
- эндогенным
- экзогенным

Диагноз

F21.3 Псевдоневротическая (неврозоподобная) шизофрения

F25.2 Шизоаффективное расстройство, смешанный тип

F43.22 Смешанная тревожная и депрессивная реакция

F60.5 Ананкастное (обсессивно-компульсивное) расстройство личности

Правильнее всего начать лечение с

- психофармакотерапии
- стимуляции левого блуждающего нерва
- групповой психотерапии
- транскраниальной магнитной стимуляции

Пациенту показано назначение сочетания

- ноотропов и ингибиторов холинэстеразы
- транквилизаторов и антиконвульсантов
- солей лития и блокаторов NMDA-рецепторов
- антидепрессантов и нейролептиков

Есть все основания назначить больному

- 25-75 мг хлорпромазина и 25-75 мг мемантина
- 25-75 мг карбамазепина и 25-75 мг оксазепамы
- 25-75 мг дифенгидрамина и 25-75 мг трифлуоперазина

- 25-75 мг кломипрамина и 25-75 мг кветиапина

Больной принимает в сутки 75 мг кломипрамина и 75 мг кветиапина. На этом фоне возникла стойкая склонность к задержке стула, обычные слабительные средства не помогают. Следует

- заменить кломипрамин на амитриптилин
- заменить кломипрамин на флюоксетин
- заменить кветиапин на хлорпромазин
- заменить кветиапин на клозапин

В будущем у данного пациента с высокой вероятностью следует ожидать

- заменить кломипрамин на амитриптилин
- заменить кломипрамин на флюоксетин
- заменить кветиапин на хлорпромазин
- заменить кветиапин на клозапин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 24 лет пришла на прием к психиатру в сопровождении матери

Жалобы

На продолжительные состояния, во время которых её охватывают яркие эмоциональные переживания, представления, образные фантастические картины, во время которых замирает и кусает руки

Анамнез заболевания

Родилась в деревенской семье, в младенчестве была капризной, не отпускала от себя мать, отмечалась неловкость, предпочитала ходить за ручку с родителями, говорить начала только в 3 года, речь была косноязычной, стремилась играть с другими детьми, но отличалась от них плохой сообразительностью, поэтому они не принимали её в свои игры. К 7 годам плохо знала цвета, путалась в простейшем счете. В 8 лет была направлена в школу-интернат, где обучалась в течение 8 лет, научилась писать, читать по слогам, совершать простые счетные операции, часто конфликтовала с одноклассниками. Затем работала в хозяйстве родителей, торговала продуктами с огорода. Периодически бросала работу, впадала в задумчивость, в это время была напряжена, кусала правую руку (иногда до крови). Потом рассказывала, что видела, как мама работает в поле, в это время из леса выходят пираты с ножами и ружьями, представляла себе, что она бежит к маме,

чтобы её предупредить об опасности. В этот момент краснела, покрывалась потом, вскакивала, начинала кричать маме «беги», когда мама спрашивала, зачем бежать, говорила, что нападают пираты. Когда мама ругала её за то, что она фантазирует, вместо того, чтобы работать, злилась, замахивалась кулаками, могла на несколько часов уйти из дома.

Анамнез жизни

* из родственников к психиатрам никто не обращался, родители имеют только начальное образование, есть две старшие сестры, которые уже замужем, работают на ферме;

* наша пациентка физически всегда была не очень сильной, но к врачам не обращалась;

* алкоголь никогда не употребляла, не курит.

Объективный статус

Очень рада, что её привезли из деревни в город, и привели к врачам. Восхищается тем, что в больнице все так чисто и красиво. Рассказывает о том, что ей нравится мечтать, что она очень любит маму, но мама её не понимает и заставляет работать. Считает, что работа в поле не очень нужна, так как там грязно, и такую работу может выполнять любой человек. Утверждает, что мама бесит её, когда делает замечания. Предоставленная себе, замирает, напрягается, кусает правую руку, может сидеть в таком положении долго, пока её никто не окликнет. Рассказывает, что видела, как её врач тащит тяжелую тачку с кирпичами, неожиданно тачка падает на ногу врачу, нога ломается и идет кровь. Раздражается, когда кто-либо мешает ей мечтать. Пишет крупным почерком с орфографическими ошибками, складывает и вычитает двузначные числа, пользуясь пальцами рук. Таблицу умножения не знает. Часто возникают конфликты с посторонними людьми, которые делают ей замечания.

Психиатрическое освидетельствование данной больной проводится

- даже при отсутствии согласия, недобровольно
- только при наличии письменного согласия пациентки
- по письменному заявлению близкого родственника (матери)
- по решению комиссии врачей, назначенной местными органами власти

Врач просит больную объяснить смысл пословицы «не в свои сани не садись». Больная немного задумывается, потом спрашивает «Сани – это большие санки? То есть нельзя брать чужие санки». Такой ответ свидетельствует о

- соскальзывании в процессе мышления
- слабости абстрактного мышления
- замедлении процессов мышления
- сохранности процессов мышления у пациентки

Больная описывает приступы, во время которых видит яркие образы. Сознание больной во время этих приступов можно оценить как

- спутанное
- выключенное
- ясное
- помраченное

Яркие образы, которые описывает пациентка, соответствуют понятию

- фантазий
- иллюзий
- истинных галлюцинаций
- псевдогаллюцинаций

У больной больше всего выражены расстройства

- эмоций
- ощущений
- интеллекта
- воли

По своей природе описанное поведение следует считать проявлением

- стойкого внутриличностного конфликта
- стабильного расстройства
- эндогенного заболевания
- прогрессирующего процесса

Присутствуют признаки

- умственной отсталости
- атрофического заболевания
- шизофренического дефекта
- деменции

Было принято решение о госпитализации больной. Для пребывания, обследования и лечения в психиатрическом стационаре необходимо провести

- умственной отсталости
- атрофического заболевания
- шизофренического дефекта
- деменции

Результаты

Анализ крови общий и биохимический общетерапевтический

|====

a| *Наименование* a| *Нормы* a| *результат*

a| Гемоглобин a| 120,0 - 140,0 a| 132,0

a| Гематокрит a| 36,0 - 42,0 a| 40,2

a| Лейкоциты a| 4,00 - 8,80 a| 6,3

a| Эритроциты a| 3,70 - 4,70 a| 4,20

a| Тромбоциты a| 180,0 - 320,0 a| 230,0

a| Лимфоциты a| 18,0 - 40,0 a| 35,8

a| Моноциты a| 2,0 - 9,0 a| 8,1

a| Нейтрофилы a| 46,00 - 76,00 a| 52,5

a| Эозинофилы a| 0,0 - 6,0 a| 2,9

a| Базофилы a| 0,0 - 1,0 a| 0,7

a| СОЭ по Панченкову a| 2 - 20 a| 6

|====

{nbsp}

|====

a| *Наименование* a| *Нормы* a| *результат*

а| Белок общий а| 57,0-82,0 а| 72,2

а| Глюкоза а| 4,1-5,9 а| 4,8

а| Креатинин а| 44-115 а| 56

а| Билирубин общий а| 3,0-21,0 а| 5,9

а| АСТ а| 0-34 а| 15

а| АЛТ а| 10-49 а| 22

а| Амилаза а| 28-100 а| 49,3

|====

|====

Серологические пробы на сифилис, ВИЧ и гепатиты

Серологические пробы на сифилис, ВИЧ и гепатиты отрицательные

Электроэнцефалография

Признаков пароксизмальной активности не выявлено, обнаружена медленноволновая активность в бодрствующем состоянии. Заключение: неспецифические признаки дисфункции срединных структур мозга.

Дексаметазоновый тест

Прием 1 мг дексаметазона привел к снижению уровня кортизола плазмы крови с 650 до 250 нмоль/л

Допплерография сосудов шеи и головы

признаков замедления артериального или венозного кровотока не обнаружено

Люмбальная пункция для анализа цереброспинальной жидкости

Ликвор прозрачный, вытекает быстрыми каплями, плотность – 1,004, белка 0,28 г/л, цитоз – 4 клетки в 1 мкл

В соответствие с критериями МКБ-10 больной следует выставить диагноз

- умственной отсталости
- атрофического заболевания
- шизофренического дефекта
- деменции

Диагноз

F70.1 Умственная отсталость легкая, значительные нарушения поведения, требующие внимания или терапии

F72.8 Умственная отсталость тяжелая, другие нарушения поведения

F06.2 Органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство

F07.8 Другое органическое расстройство личности и поведения вследствие заболевания повреждения и дисфункции головного мозга

В ведении данной больной ведущим методом должна стать

- депривация сна
- психофармакотерапия
- витаминотерапия в сочетании с лечебной физкультурой
- психолого-педагогическая коррекция

В качестве симптоматических средств, уменьшающих раздражительность и эмоциональную напряженность, можно использовать небольшие дозы

- солей лития
- нейролептиков
- психостимуляторов
- ноотропов и вазопротекторов

Можно назначить больной

- солей лития
- нейролептиков
- психостимуляторов
- ноотропов и вазопротекторов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 32 лет пришел на прием к психиатру в сопровождении матери

Жалобы

На снижение работоспособности, медлительность, приступы гнева

Анамнез заболевания

С 14 лет наблюдается у врачей по поводу приступов, во время которых окружающие предметы становятся необычно яркими, четкими, привлекают внимание пациента, он может пристально смотреть на ювелирные украшения, элементы прически окружающих, примерно в половине случаев затем теряет сознание и падает, бывают судороги. Если такое случается на улице, прохожие вызывают «скорую помощь», но он приходит в себя раньше, чем приезжают врачи. На фоне приема карбамазепина описанные приступы стали редкими, не чаще 1 раза в 2-3 месяца. Всегда был послушным, учился на «хорошо» и «удовлетворительно», закончил 9 классов школы и колледж по ремонту средств связи. Работает в ремонтной мастерской, регулярно принимает лекарства. Последнее время на работе ему стали делать замечания, указывая на его медлительность, недостаточное знание современной техники, на низкую квалификацию. Сам жаловался на плохое отношение сотрудников, на то, что они «придираются», требовал особого к себе отношения, упрекал сотрудников в эгоизме и отсутствии сочувствия к его болезни.

Анамнез жизни

- * среди родственников к психиатру никто не обращался
- * родители развелись, когда пациенту было 6 лет, с отцом не общается, о его судьбе ничего не знает
- * женат никогда не был, живет с мамой
- * алкоголь не употребляет, не курит, от службы в армии освобожден по болезни

Объективный статус

Охотно общается с врачами, благодарит их за внимание к себе, восхищается их профессионализмом, желает врачам всего самого хорошего. О своих коллегах по работе, напротив, высказывается с раздражением и гневом, начинает кричать, не реагирует на попытки врача успокоить его. Подчеркивает тот факт, что страдает хроническим заболеванием, что зависим от матери, не представляет себе, как сможет справляться без неё. В деталях описывает свой быт, режим дня, характер питания, причины отказа от приема алкоголя. Повторяет, что они с мамой ограничены в средствах, и эта работа для него очень важна. Правильно называет текущую дату, день недели, размер своей заработной платы. Плохо ориентируется в общественно значимых событиях, знает имя Президента России, но не может назвать никаких глав зарубежных государств. С трудом считает в уме, предпочитает выполнять действия на бумаге. Боится, что не сможет запомнить имя врача, просит записать его.

Психиатрическое освидетельствование данного больного проводится

- по представлению участкового уполномоченного полиции
- только при наличии его письменного согласия
- при наличии письменного согласия близкого родственника (матери)
- даже при отсутствии письменного согласия, недобровольно

Врач просит больного объяснить смысл пословицы «шило в мешке не утаишь». Больной многословно разбирает эту ситуацию, говорит, что острое шило легко проткнет мешок, и непременно вылезет наружу, сколько бы вы его ни пытались спрятать. Это свидетельствует о

- склонности к резонерству
- слабости абстрактного мышления
- преобладании паралогического мышления
- сохранности процессов мышления у пациента

Продуктивные психические расстройства представлены у больного

- обсессиями
- дисфориями
- парабулиями
- конфабуляциями

У больного присутствуют негативные психические расстройства в том числе

- амбивалентность и амбигуальность
- патологическая обстоятельность
- эмоциональная холодность
- нецеленаправленность мышления

У больного имеются отчетливые признаки расстройств

- сознания
- воли
- интеллекта
- восприятия

Присутствуют признаки

- психопатии
- деменции
- умственной отсталости
- эмоционального выгорания

Для оценки степени повреждения мозговых функций важнее всего провести больному

- психопатии
- деменции
- умственной отсталости
- эмоционального выгорания

Результаты

Психологическое обследование с использованием тестовых методик

Выявлены грубые дефицитарные расстройства, преобладание конкретно-ситуационного мышления, нарушения запоминания новой информации, вязкость мышления, склонность к истощению в процессе решения заданий, снижение словарного запаса, персеверативность мышления.

Электроэнцефалографическое обследование на фоне гипервентиляции и депривации сна

На фоне гипервентиляции отмечается локальная пароксизмальная активность в глубоких отделах левой височной доли

Магнитно-резонансная или компьютерная томография головы

Мозговые структуры симметричны, объемных образований не выявлено, отмечаются легкие признаки атрофических процессов в пределах возрастной нормы

Люмбальная пункция и анализ цереброспинальной жидкости

Ликвор прозрачный, вытекает быстрыми каплями, плотность – 1,004, белка 0,28 г/л, цитоз – 4 клетки в 1 мкл

Настоящее состояние больного соответствует понятию синдрома

- транзиторного слабоумия
- лакунарного слабоумия
- псевдопаралитического слабоумия
- концентрического слабоумия

В соответствии с критериями МКБ-10 больному следует выставить диагноз

- транзиторного слабоумия
- лакунарного слабоумия
- псевдопаралитического слабоумия
- концентрического слабоумия

Диагноз

F02.8 Деменция при других уточненных заболеваниях, классифицированных в других разделах

F04 Органический амнестический синдром, не обусловленный алкоголем и другими психоактивными веществами

F01.3 Смешанная корковая и подкорковая сосудистая деменция

F06.6 Органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство

Пациент нуждается в постоянном приеме

- антиконвульсантов
- нейролептиков
- ноотропных средств
- ингибиторов холинэстеразы

Больной жалуется, что на фоне приема 600 мг карбамазепина в сутки испытывает постоянную сонливость. Можно попробовать заменить карбамазепин на

- флувоксамин
- мirtазапин
- оланзапин
- ламотриджин

Для решения социальных вопросов больному, вероятнее всего, потребуется

- флувоксамин
- мirtазапин
- оланзапин
- ламотриджин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 42 лет пришел на прием к психиатру в сопровождении матери

Жалобы

На трудности с запоминанием новой информации, проблемы с ориентированием в новой обстановке

Анамнез заболевания

До мая текущего года никаких психических расстройств не наблюдалось, работал водителем грузовика, жил со второй женой в черноморском городе, с детьми от первого брака общался мало, так как они живут за полярным кругом. Алкоголь употреблял редко, так как работал водителем, кроме того видел, что быстро пьянеет, не хотел потерять контроль над собой. В мае вечером пошел к друзьям, где его уговорили выпить. Быстро захмелел и заснул, друзья его разбудили и велели идти домой. Домой не пришел, утром его с травмами без сознания нашли под мостом через реку. Был доставлен в реанимацию, 10 дней не приходил в себя, затем очнулся, начал постепенно восстанавливаться. Парезов и параличей не было, речь довольно быстро восстановилась. Через месяц был выписан домой, но к работе вернуться не смог из-за расстройств памяти. Не помнил, что с ним случилось, не помнил событий предшествовавших происшествию, однако узнавал родителей, рассказывал о своем детстве и о браке с первой женой, называл имена детей. В собственной квартире ориентировался легко, выходил из дома, сам покупал себе сигареты и возвращался домой без помощи посторонних. Узнавал свою вторую жену, однако постоянно называл её именем первой жены.

Анамнез жизни

* среди ближайших родственников никто к психиатру не обращался, родители живы и здоровы, есть младшая сестра

* после школы служил в армии, был водителем

* в больнице лежал лишь однажды, когда был оперирован по поводу аппендицита

* курит со школьных лет до полутора пачек сигарет в день

Объективный статус

Выглядит мрачным и немного растерянным, слушает, что говорит мать, сам активно в беседу не вступает. Утверждает, что помнит только сегодняшний день, а до этого ничего не помнит. При этом не может сказать, как они приехали к врачу (на машине, на автобусе или на метро). Рассказывает, что 12 лет жил с женой в Заполярье, правильно называет год рождения своих детей. Когда его спрашивают про вторую жену, говорит, что у него была только одна жена. Речь не нарушена, повторяет простые скороговорки, немного медленно, но

правильно совершает счет по Крепелину, перечисляет месяцы года в обратном порядке, классифицирует предметы по существенным признакам. Имени врача запомнить не может, когда врач пишет своё имя на бумаге и кладет больному в карман, не может вспомнить об этом. На вопрос врача, что за записка у него в кармане, с удивлением рассматривает записку, а потом говорит «это сестра написала имя знакомого, которому нужно помочь починить машину»

Психиатрическое освидетельствование данного больного проводится

- только при наличии письменного согласия пациента
- даже при отсутствии письменного согласия, недобровольно
- только при наличии санкции прокурора
- при наличии письменного согласия матери

У больного имеются симптомы психического расстройства, в том числе

- ажитация
- вербигерации
- конфабуляции
- деперсонализация

Наблюдаемую у больного амнезию следует назвать

- тотальной
- прогрессирующей
- диссоциативной
- фиксационной

По своей природе данное расстройство вероятнее всего относится к

- психогенным
- органическим
- эндогенным
- функциональным

Наблюдаются отчетливые признаки синдрома

- аментивного
- тотальной деменции
- корсаковского
- лакунарной деменции

В соответствие с критериями МКБ-10 больному следует выставить диагноз

- аментивного

- тотальной деменции
- корсаковского
- лакунарной деменции

Диагноз

F04.0 Органический амнестический синдром, связанный с травмой головного мозга

F07.20 Посткоммоционный синдром, связанный с травмой головного мозга

F10.6 Амнестический синдром в результате употребления алкоголя

F10.74 Другое стойкое когнитивное нарушение в результате употребления алкоголя

Помещение такого пациента в психиатрический стационар

- возможно только по решению суда
- приведет к быстрому улучшению состояния
- может привести к усилению беспомощности
- неизбежно, поскольку он нуждается в надзоре

Для пребывания, обследования и лечения в психиатрическом стационаре необходимо провести больному

- возможно только по решению суда
- приведет к быстрому улучшению состояния
- может привести к усилению беспомощности
- неизбежно, поскольку он нуждается в надзоре

Результаты

Анализ крови общий и биохимический общетерапевтический

|====

а| *Наименование* а| *Нормы* а| *результат*

а| Гемоглобин а| 130,0 - 160,0 а| 144,0

а| Гематокрит а| 35,0 - 47,0 а| 41,8

а| Лейкоциты а| 4,00 - 9,00 а| 6,3
а| Эритроциты а| 4,00 - 5,70 а| 5,09
а| Тромбоциты а| 150,0 - 320,0 а| 290,0
а| Лимфоциты а| 17,0 - 48,0 а| 37,8
а| Моноциты а| 2,0 - 10,0 а| 9,1
а| Нейтрофилы а| 48,00 - 78,00 а| 48,5
а| Эозинофилы а| 0,0 - 6,0 а| 1,3
а| Базофилы а| 0,0 - 1,0 а| 0,7
а| СОЭ по Панченкову а| 2 - 20 а| 8

|====

{nbsp}

|====

а| *Наименование* а| *Нормы* а| *результат*
а| Белок общий а| 57,0-82,0 а| 63,2
а| Глюкоза а| 4,1-5,9 а| 4,7
а| Креатинин а| 44-115 а| 63
а| Билирубин общий а| 3,0-21,0 а| 7,9
а| АСТ а| 0-34 а| 15
а| АЛТ а| 10-49 а| 22
а| Амилаза а| 28-100 а| 46,3

|====

Серологические пробы на сифилис, ВИЧ и гепатит

Серологические пробы на сифилис, ВИЧ и гепатит отрицательные

Осмотр неврологом с выдачей заключения о наличии неврологических расстройств

Со стороны черепно-мозговых нервов патологии нет, лицо симметрично, тонус мышц нормальный, сухожильные рефлексы живые, симметричные.

Осмотр терапевтом с выдачей заключения о соматическом здоровье пациента

Кожные покровы обычной окраски. Жалоб на соматическое здоровье нет. В легких дыхание везикулярное. АД – 120/80. Пульс – 80 в мин. Стул регулярный, дизурии нет.

Признаков соматической патологии не выявлено.

Количественное определение ионов лития в плазме крови

Ионов лития в плазме менее 0,05 ммоль/л

Количественное определение тиреотропного гормона и трийодтиронина в плазме крови

ТТГ – 1,6 мкМЕ/мл (норма от 0,24 до 2,9), Т₃ – 1,4 нмоль/л (норма от 1,04 до 2,5)

Правильнее всего начать лечение с

- дезинтоксикационной терапии
- депривации сна
- когнитивной психотерапии
- фармакотерапии

Пациенту показано назначение

- ноотропов
- антидепрессантов
- тимостабилизаторов
- транквилизаторов

Есть основания назначить больному в сутки

- 1200 мг холина альфосцерата

- 1200 мг хлорпромазина
- 1200 мг бромдигидрохлорфенилбензодиаземина
- 1200 мг вальпроевой кислоты

В будущем у данного пациента следует ожидать

- 1200 мг холина альфосцерата
- 1200 мг хлорпромазина
- 1200 мг бромдигидрохлорфенилбензодиаземина
- 1200 мг вальпроевой кислоты

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Юноша 17 лет пришел на прием к психиатру в сопровождении матери.

Жалобы

На приступы, во время которых он кусает руки до крови.

Анамнез заболевания

Третий желанный ребенок в православной религиозной семье. При рождении каких-либо отклонений от нормы не выявляли. Беспокойство возникло, когда в 2 года пациент не начал говорить, отличался в развитии от старших детей тем, что самостоятельно не вступал в контакт с окружающими, не мог жестами и мимикой выразить свои желания, при этом остро реагировал на уход мамы, не отпускал её от себя, в её присутствии успокаивался, не обращал на неё внимание, играл самостоятельно. Для игры использовал веревки, винтики, но не игрушки, стереотипно раскладывал их в ряды и линии. Пользуется туалетом с 3 лет, первые слова стал произносить в 5 лет, мог выговаривать довольно сложные слова, часто не относящиеся к ситуации, стереотипно их повторял. Не смог пойти в детский сад из-за неумения контактировать со сверстниками, мог ударить другого ребенка, не соблюдал режим, не реагировал на слова воспитателя. С 7 лет обучается на дому, научился читать, считать и писать, однако собственные его тексты часто состоят из повторения одних и тех же словосочетаний, составлены без учета правил грамматики. Уже с 5-летнего возраста отмечались эпизоды самоагрессии, но они были редкими. Последние 3 месяца, когда ему отказывают родители в чем-то, а иногда без всякой причины, кусает пальцы и кисти рук до крови не реже чем 5 раз в неделю.

Анамнез жизни

* среди ближайших родственников никто к психиатрам не обращался

* в детстве нередко отмечались простудные заболевания, хотя в детские учреждения не ходил

* родители часто выезжают с ним на природу, с мая по сентябрь живут в деревне

* больному оформлена инвалидность, в суде установлена его недееспособность, мать является опекуном сына

Объективный статус

Во время врачебного приема не может усидеть на месте, стереотипно подходит к окну, пытается его открыть, по требованию мамы садится на стул, но тут же встает и походит к окну, повторяет «птичка-синичка» (хотя никакой птицы за окном нет). О себе говорит в третьем лице «Тимоша поедет с Дашей на море» (Даша – это школьная подруга матери), «Тимоша подарит Даше газонокосилку», «Даша будет косить траву газонокосилкой». Стереотипно повторяет «мы пойдем к доктору, доктор хороший». Встревает в разговор врача и матери: «Мама, мы подарим Даше газонокосилку?» По требованию врача быстро и монотонно читает текст в книге, пишет своё имя и адрес крупным детским почерком, быстро совершает в уме несложные операции на умножение и деление, однако легко отвлекается, встает, подходит к окну, пытается его открыть, говорит «птичка-синичка».

Психиатрическое освидетельствование данного больного проводится

- даже при отсутствии письменного согласия, недобровольно
- только при наличии санкции прокурора
- только при наличии письменного согласия пациента
- при наличии письменного согласия матери

Дальнейшее лечение данного пациента следует проводить

- амбулаторно
- в условиях обычного психиатрического стационара
- в санатории психо-неврологического профиля
- в условиях дневного стационара психиатрического профиля

При обследовании данного пациента важно провести

- амбулаторно
- в условиях обычного психиатрического стационара
- в санатории психо-неврологического профиля
- в условиях дневного стационара психиатрического профиля

Результаты

Клиническое патопсихологическое исследование

Обнаружены и описаны нарушения поведения, настроения и мышления

Физикальное обследование

Признаков дизэмбриогенеза не обнаружено

Неврологическое обследование

Нарушений со стороны черепно-мозговых нервов и вегетативной нервной системы не обнаружено, рефлексы живые, симметричные

Психологическая оценка психического развития

IQ составил 65%.

Количественное определение пролактина крови

Уровень пролактина – 140 мкг/л (норма от 100 до 265 мкг/л)

Количественное определение церулоплазмина крови

Церулоплазмин – 1,8 г/л (норма от 1,5 до 2,3)

У больного имеются симптомы психического расстройства, в том числе

- вербигерации
- конфабуляции
- обнубиляция
- аутодепиляция

Психическое развитие пациента соответствует

- норме
- легкой умственной отсталости
- тяжелой умственной отсталости
- пограничной интеллектуальной недостаточности

По своей природе наблюдаемые расстройства следует считать проявлением

- патологического развития
- прогрессирующего заболевания
- педагогической запущенности
- внутриличностного конфликта

В соответствие с критериями МКБ-10 больному следует выставить диагноз

- патологического развития
- прогрессирующего заболевания

- педагогической запущенности
- внутриличностного конфликта

Диагноз

F84.0 Детский аутизм

F70 Легкая умственная отсталость

F21 Шизотипическое расстройство

F60.1 Шизоидное расстройство личности

Правильнее всего начать лечение с

- электросудорожной терапии
- психофармакотерапии
- депривации сна
- транскраниальной магнитной стимуляции

Пациенту показано назначение

- транквилизаторов
- нейролептиков
- психостимуляторов
- тимостабилизаторов

Есть основания назначить больному

- 5-10 мг amitriptilina
- 5-10 мг alimemazina
- 5-10 мг trigeksfenidila
- 5-10 мг sulpirida

Помимо психофармакотерапии больной нуждается в

- ограничении потребления животных и растительных белков
- приеме иммуностимулирующих средств
- психолого-педагогической коррекции
- бальнеологическом лечении на побережье моря

В будущем у данного пациента с высокой вероятностью следует ожидать

- ограничении потребления животных и растительных белков
- приеме иммуностимулирующих средств
- психолого-педагогической коррекции
- бальнеологическом лечении на побережье моря

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 25 лет пришла на прием к психиатру в сопровождении матери

Жалобы

На бессонницу, невозможность сосредоточиться, трудности в уходе за ребенком

Анамнез заболевания

До 19 лет никаких психических расстройств не наблюдалось, была немного замкнутой, считала себя некрасивой, не поддерживала отношения с парнями. На 2 курсе университета заявила матери, что полюбила сокурсника, гражданина Китая, и вышла за него замуж. В 20 лет родила сына, отношения с мужем не складывались. Муж бросил учебу, и оставил семью. Была подавлена, принимала антидепрессанты, не могла ухаживать за сыном. Через 3 месяца вышла на учебу, неплохо закончила 3 и 4 курс. На 5 курсе влюбилась, переехала жить к молодому человеку, сына оставила своей матери, заявляла, что уедет с возлюбленным жить в заповедник в Заполярье. Часто звонила матери, обвиняла её в том, что она относилась к ней, как к «гадкому утенку», была говорлива и напориста. Через 4 месяца сама ушла от возлюбленного, вернулась к матери, называла себя неудачницей, заявляла, что возлюбленный её околдовал, поработил её волю, что она теперь постоянно зависит от него. Похудела, лежала дома, не ходила на учебу. Защитила диплом с помощью матери, но работу найти не могла, работала на фирме у матери. Месяц назад почувствовала, что в ней проснулась «весна», стала слышать голос Бога в голове, видела, что на улице все обращают на неё внимание, читала мысли прохожих, вела с ними мысленный диалог. Была суетлива, спала по 2-3 часа в сутки, не могла работать и ухаживать за сыном.

Анамнез жизни

* живет с матерью, дедом и младшим братом, все ближайшие родственники психически здоровы

* отец ушел из семьи, когда больной было 10 лет

* всегда вела здоровый образ жизни, вместе с матерью и дедом занималась

спортом, но в соревнованиях никогда не участвовала

* менструации с 13 лет, до замужества интимных отношений не имела, была единственная беременность, завершившаяся родами

Объективный статус

Улыбается, охотно беседует с врачом, говорит ему комплименты, заявляет, что в голове всё кружится, мысли путаются, не может отличить, какие мысли принадлежат ей, а какие поступают к ней в голову от окружающих. Уверенна, что способна на многое, что «начинается новая эра», что в этой эре ей отведена особая роль. Говорит сбивчиво, реагирует на случайные события, происходящие вокруг, трактует их, как знаки свыше. Благоклонна к врачу, заявляет, что видит вокруг его головы свечение в виде нимба и мощные крылья у него за спиной, говорит матери, что врач – это архангел Михаил. Заявляет, что готова выполнять любые распоряжения врача, однако лечиться в стационаре не согласна.

Госпитализация данной больной в психиатрический стационар

- не допускается
- возможна при наличии письменного согласия матери
- проводится врачом даже при отсутствии письменного согласия, недобровольно
- проводится в плановом порядке после обращения в суд и при наличии положительного решения суда

Для пребывания, обследования и лечения в психиатрическом стационаре необходимо провести больной

- не допускается
- возможна при наличии письменного согласия матери
- проводится врачом даже при отсутствии письменного согласия, недобровольно
- проводится в плановом порядке после обращения в суд и при наличии положительного решения суда

Результаты

Анализ крови общий и биохимический общетерапевтический

|====

а | *Наименование* а | *Нормы* а | *результат*

а| Гемоглобин а| 117,0 - 180,0 а| 148,0

а| Гематокрит а| 35,0 - 47,0 а| 41,8

а| Лейкоциты а| 4,00 - 9,00 а| 6,3

а| Эритроциты а| 3,80 - 5,70 а| 4,90

а| Тромбоциты а| 150,0 - 320,0 а| 210,0

а| Лимфоциты а| 17,0 - 48,0 а| 44,8

а| Моноциты а| 2,0 - 10,0 а| 7,1

а| Нейтрофилы а| 48,00 - 78,00 а| 43,5

а| Эозинофилы а| 0,0 - 6,0 а| 1,3

а| Базофилы а| 0,0 - 1,0 а| 0,7

а| СОЭ по Панченкову а| 2 - 20 а| 6

|====
{nbsp}
|====

а| *Наименование* а| *Нормы* а| *результат*

а| Белок общий а| 57,0-82,0 а| 72,2

а| Глюкоза а| 4,1-5,9 а| 4,8

а| Креатинин а| 44-115 а| 56

а| Билирубин общий а| 3,0-21,0 а| 5,9

а| АСТ а| 0-34 а| 15

а| АЛТ а| 10-49 а| 22

a | Амилаза a | 28-100 a | 49,3

|====

Серологические пробы на сифилис

Серологические пробы на сифилис отрицательные

Серологические реакции на ВИЧ и гепатиты В и С

Реакции на ВИЧ и гепатиты В и С отрицательные

Осмотр терапевтом с выдачей заключения о соматическом здоровье пациента

Кожные покровы обычной окраски. Жалоб на соматическое здоровье нет. АД – 110/70. Пульс – 76 в мин. Стул регулярный.

Признаков соматической патологии не выявлено.

Количественное определение пролактина крови

Уровень пролактина 260 мкг/л (норма от 130 до 540 мкг/л)

Количественное определение тиреотропного гормона и трийодтиронина в плазме крови

ТТГ – 1,3 мкМЕ/мл (норма от 0,24 до 2,9), Т₃ – 1,6 нмоль/л (норма от 1,04 до 2,5)

У больной имеются симптомы психического расстройства, в том числе

- признаки идеаторного автоматизма и гипертимия
- бессонница, систематизированные бредовые идеи, вербигерации
- пассивная подчиняемость, каталепсия, истинные галлюцинации
- фобии, компульсии, навязчивые мысли, ускорение мышления

Негативные расстройства у данной больной

- представлены выраженным эмоционально-волевым дефектом
- проявляются олигофазией и патологической вязкостью
- выражаются в мнестико-интеллектуальном снижении
- в настоящее время на фоне обострения оценить невозможно

Настоящее состояние больной соответствует понятию синдрома

- острого энцефалопатического
- острого галлюцинаторного
- маниакально-бредового
- хронического парафренного

По этиологии данное расстройство вероятнее всего относится к

- психогенным
- экзогенным
- соматогенным
- эндогенным

В соответствие с критериями МКБ-10 больной следует выставить диагноз

- психогенным
- экзогенным
- соматогенным
- эндогенным

Диагноз

F25.2 Шизоаффективное расстройство, смешанный тип

F23.0 Острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении

F43.02 Тяжелая реакция на острый стресс

F20.03 Параноидная шизофрения, эпизодическое ремиттирующее течение

Правильнее всего начать лечение с

- групповой психотерапии
- транскраниальной магнитной стимуляции
- депривации сна
- психофармакотерапии

Пациентке показано назначение

- нейролептиков и тимостабилизаторов
- транквилизаторов и антиконвульсантов
- ноотропов и ингибиторов холинэстеразы
- антидепрессантов и психостимуляторов

Есть все основания назначить больной

- 4-8 мг рисперидона и 600-900 мг карбоната лития
- 4-8 мг кветиапина и 600-900 мг амитриптилина

- 4-8 мг диазепама и 600-900 мг флувоксамина
- 4-8 мг биперидена и 600-900 мг трифлуоперазина

Больная принимает в сутки 8 мг рисперидона и 600 мг карбоната лития, следует опасаться возникновения

- приступа артериальной гипертонии
- серотонинового синдрома
- аменореи и галактореи
- холинолитического делирия

На фоне лекарственного лечения признаки острого психоза исчезли через 40 дней. Больной следует в дальнейшем

- приступа артериальной гипертонии
- серотонинового синдрома
- аменореи и галактореи
- холинолитического делирия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девушка 20 лет пришла на прием к психиатру в сопровождении матери

Жалобы

На стойкое снижение аппетита, невозможность контролировать свой вес, утомляемость, отсутствие сил

Анамнез заболевания

Стала следить за своим весом примерно с 13-летнего возраста, тогда имела небольшой избыток массы тела, ограничивала себя в еде, но удавалось снизить вес только на время. После окончания школы поступила на очное отделение университета, поселилась в общежитии, и решила серьезно взяться за себя. Устроилась на работу, на собственные деньги купила клубную карту в тренажерный зал, покупала средства для похудения, исключила из рациона калорийные продукты. Радовалась достигнутому результату, гордилась собой, немного отдалилась от друзей, избегала застолий, много училась, получала повышенную стипендию. Примерно год назад появились проблемы с месячными, стала больше уставать, заметила, что не нуждается в пище так, как раньше. Когда приехала на каникулы домой, мать была шокирована её худобой, и настояла на обследовании. Терапевты зарегистрировали небольшие

гормональные и обменные сдвиги, но опасных заболеваний не выявили, рекомендовали обратиться к психиатру.

Анамнез жизни

- * Среди ближайших родственников никто к психиатрам не обращался.
- * Отец и мать здоровы, работают, есть младший брат, которого родители часто укоряют за лень, ставят ему в пример нашу пациентку.
- * В школе пробовала курить и употреблять спиртное, сейчас от этого полностью отказалась.
- * Менструации с 12 лет, в прошлом регулярные, имеет сексуальный опыт с тремя партнерами, с последним в течение 1,5 лет, беременностей нет. Полгода назад рассталась со своим парнем, сейчас ни с кем не встречается.
- * Последний год страдает от запора, принимает слабительные, отмечается склонность к артериальной гипотонии.

Объективный статус

Выглядит уставшей, при этом на лице нанесена косметика, волосы хорошо уложены. Рост – 170 см, вес – 41 кг. Одета в темную просторную одежду с длинными рукавами и шаровары, скрывающие ноги больной. При телесном осмотре отмечается отсутствие подкожного жира и выраженная атрофия мышц, усиление роста пушкового волоса на лице и теле. Согласна с тем, что сейчас имеет дефицит массы тела, утверждает, что особенно себя в еде не ограничивает, просто последнее время не хочется есть, часто тошнит, кажется, что пища неприятно пахнет, поэтому не любит ходить в продуктовый магазин. Единственное, что не вызывает тошноту – это минеральная вода, поэтому пьет её много. Согласна с тем, что нуждается в помощи психиатра, однако исключает возможность госпитализации, поскольку ей нужно в ближайшее время вернуться к работе и учебе в университете.

Госпитализация данной больной в психиатрический стационар возможна

- даже при отсутствии письменного согласия, недобровольно
- только при наличии согласия пациентки
- только при наличии санкции прокурора
- при наличии письменного согласия матери

Для пребывания, обследования и лечения в психиатрическом стационаре необходимо провести больной

- даже при отсутствии письменного согласия, недобровольно
- только при наличии согласия пациентки
- только при наличии санкции прокурора
- при наличии письменного согласия матери

Результаты

Анализ крови общий и биохимический общетерапевтический

|====

а| *Наименование* а| *Нормы* а| *результат*

а| Белок общий а| 57,0-82,0 а| 60,2

а| Глюкоза а| 4,1-5,9 а| 4,3

а| Креатинин а| 44-115 а| 76

а| Билирубин общий а| 3,0-21,0 а| 7,9

а| АСТ а| 0-34 а| 21

а| АЛТ а| 10-49 а| 28

а| Щелочная фосфатаза а| 70-360 а| 370

|====

{nbsp}

|====

а| *Наименование* а| *Нормы* а| *результат*

а| Гемоглобин а| 117,0 - 180,0 а| 107,0

а| Гематокрит а| 35,0 - 47,0 а| 33,6

а| Лейкоциты а| 4,00 - 9,00 а| 6,1

а| Эритроциты а| 3,80 - 5,70 а| 3,91

а| Тромбоциты а| 150,0 - 320,0 а| 201,0

a| Лимфоциты a| 17,0 - 48,0 a| 43,8

a| Моноциты a| 2,0 - 10,0 a| 11,1

a| Нейтрофилы a| 48,00 - 78,00 a| 42,3

a| Эозинофилы a| 0,0 - 6,0 a| 3,4

a| Базофилы a| 0,0 - 1,0 a| 0,2

a| СОЭ по Панченкову a| 2 - 20 a| 19

|====

Серологические пробы на сифилис

Серологические пробы на сифилис отрицательные

Серологические реакции на ВИЧ и гепатиты В и С

Реакции на ВИЧ и гепатиты В и С отрицательные

Осмотр терапевтом с выдачей заключения о соматическом здоровье пациента

Отмечается выраженный дефицит массы тела, отсутствие подкожного жирового слоя, атрофия мышц, снижение тургора кожи, рост пушковых волос на лице и теле. АД – 110/70. Пульс – 90 в мин. Жалобы на задержку стула. Язык обложен беловатым налетом, запах ацетона изо рта. Менструации отсутствуют в течение последних 8 месяцев.

Выраженная алиментарная недостаточность.

Количественное определение ионов лития в плазме крови

Ионов лития в плазме менее 0,05 ммоль/л

Люмбальная пункция для анализа цереброспинальной жидкости

Ликвор прозрачный, вытекает быстрыми каплями, плотность – 1,004, белка 0,28 г/л, цитоз – 4 клетки в 1 мкл

У больной имеются симптомы психического расстройства, в том числе

- ангедония, апатия, абулия
- обсессивная ипохондрия и сенестопатия
- дисморфоманический бред
- гипотимия, нарушения влечений

Продуктивные психические расстройства у данной больной представлены

- конверсионными расстройствами
- телесными галлюцинациями
- сверхценными идеями
- гиперестезией и гиперпрозексией

Негативные психические расстройства у данной больной

- проявляются нецеленаправленностью мышления
- представлены торпидностью и взрывчатостью
- выражаются апатико-абулическим дефектом
- отсутствуют

Настоящее состояние больной можно рассматривать, как один из вариантов синдрома

- депрессивно-параноидного
- энцефалопатического
- дисморфобического
- маниакального

По своей природе описанное поведение, вероятнее всего, является проявлением

- острой реакции на эмоциональный стресс
- прогрессирующего заболевания
- стабильного дефекта
- декомпенсацией личностной девиации

В соответствии с критериями МКБ-10 больной следует выставить диагноз

- острой реакции на эмоциональный стресс
- прогрессирующего заболевания
- стабильного дефекта
- декомпенсацией личностной девиации

Диагноз

F50.0 Нервная анорексия

F32.3 Тяжелый депрессивный эпизод с психотическими симптомами

F21.3 Псевдоневротическая (неврозоподобная) шизофрения

F60.1 Шизоидное расстройство личности

Важнейшей задачей на данном этапе лечения является

- разрешение внутриличностного конфликта
- восполнение дефицита массы тела
- повышение физической и умственной активности
- подавление продуктивной симптоматики

Есть основания назначить больной

- 50-100 мг флюоксетина и 5-10 мг пирацетама
- 50-100 мг сертралина и 5-10 мг оланзапина
- 50-100 мг галоперидола и 5-10 мг тригексифенидила
- 50-100 мг диазепама и 5-10 мг карбоната лития

Важно убедиться в том, что больная получает необходимое количество пищи, не уклоняется от её приёма, и не вызывает рвоту, для этого нужно

- ввести в схему лечения средства, повышающие аппетит
- разрешать больной принимать пищу только в присутствии медицинских работников
- разрешать больной посещать туалет только в присутствии медицинских работников
- регулярно измерять массу тела

По статистике, у большинства пациентов при таком расстройстве на фоне лечения можно ожидать

- ввести в схему лечения средства, повышающие аппетит
- разрешать больной принимать пищу только в присутствии медицинских работников
- разрешать больной посещать туалет только в присутствии медицинских работников
- регулярно измерять массу тела

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Юноша 20 лет пришел на прием к психиатру в сопровождении матери

Жалобы

Сам больной жалоб не предъявляет, в конфликтах обвиняет мать

Анамнез заболевания

До 16 лет не вызывал у родителей никакого беспокойства, учился на «хорошо» и «отлично», занимался теннисом, планировал поступить в технический вуз. В выпускном классе школы резко снизилась успеваемость, мать несколько раз вызывали в школу, так как сын грубил преподавателям, если его начинали отчитывать, брал вещи и уходил из школы. Поссорился с тренером по теннису и со всеми друзьями в классе, называл их «кретинами». Стал встречаться с парнем 25 лет, который нигде не работал, баловался наркотиками и высказывал нигилистические взгляды, приходил от него с запахом пива. Когда родители запретили ему ходить к этому человеку, ушел из дома и 2 недели не появлялся. Родители не могли его найти, однако потом он пришел сам, сказал, что жил в заброшенном доме. Заявил, что разочаровался в том парне, так как он «дурак и наркоман». В школу ходить отказался, сидел дома, играл на компьютере, ходил играть в теннис на корт. 3 года нигде не учится и не работает. Постоянно угрожает родителям тем, что сбежит из дома. Запрещает родителям заходить в его комнату. Однажды мать в его отсутствие немного убралась в его комнате, набросился на неё с кулаками, отступил только, когда отчим схватил его, и запер в его комнате.

Анамнез жизни

- * среди ближайших родственников никто к психиатрам не обращался

- * имеет младшего брата, который ведет себя хорошо

- * мать развелась с отцом, когда детям было 5 и 3 года, с 6 лет воспитывался отчимом, называл его папой

- * с 14 лет страдает эрозивным гастритом, получил освобождение от службы в армии

- * отрицает употребление наркотиков, не курит, дома с родителями алкоголь не употребляет

Объективный статус

Разговаривает неохотно, заявляет «спросите у матери, чего она ко мне пристала», в то же время активно от беседы не отказывается, в присутствии родителей обзывает мать «старой курицей», жалуется на отчима: «лезет в мою жизнь, он мне вообще никто, сам пустое место, а ещё учит». Рассуждает о том, что люди испортили планету, что всех людей надо сжечь, тогда на Земле станет

чище, что люди сами травят себя наркотиками и водкой. Утверждает, что в магазинах не осталось съедобных продуктов, что мать и отчим кормят его «химическим дерьмом», что надо самим выращивать чистые растения, и есть только то, что произведено своими руками. Презирает бывших товарищей, которые ходят в университет, где им «портят мозги пропагандой». Смеется над младшим братом, который «заискивает перед родителями». Отмечает, что последнее время ничего не хочется, даже в теннис играет через силу. Заявляет, что лучше бы его «родители-уроды, не рожали детей вовсе».

Психиатрическое освидетельствование данного больного проводится

- при наличии письменного согласия близкого родственника
- только при наличии согласия пациента
- только при наличии санкции прокурора
- даже при отсутствии письменного согласия, недобровольно

Для выявления признаков психического расстройства необходимо провести

- при наличии письменного согласия близкого родственника
- только при наличии согласия пациента
- только при наличии санкции прокурора
- даже при отсутствии письменного согласия, недобровольно

Результаты

Магниторезонансная или компьютерная томография головы

Кости черепа не изменены. Структуры мозга симметричны, обычной структуры и плотности. Признаков атрофии и очаговых образований нет.

Электроэнцефалографическое обследование

Признаков эпилептической активности не выявлено, электрическая активность симметричная, соответствует норме

Обследование психологом с применением проективных тестовых методик

Зарегистрированы признаки пассивности, эмоциональной холодности, склонности к рассуждательству, низкая заинтересованность в результатах обследования, склонность к абстрактным ассоциациям

У больного имеются симптомы психического расстройства, в том числе

- персеверации, вербигерации, конфабуляции
- резонерство, бедность эмоций, дефицит воли
- ангедония, гипотимия, моторная и идеаторная заторможенность
- признаки идеаторного автоматизма и персекуторный бред

Продуктивные психические расстройства у данного больного

- проявляются деперсонализацией
- не выражены
- выражаются в парейдолических иллюзиях
- представлены навязчивыми идеями

Негативные психические расстройства у данного больного

- выражаются мнестико-интеллектуальным дефектом
- не выражены
- проявляются изменениями личности
- представлены обстоятельностью и олигофазией

Настоящее состояние больного соответствует понятию синдрома

- паранойяльного
- психопатоподобного
- астенического
- сенестопатически-ипохондрического

По своей природе описанное поведение является проявлением

- реакции на семейную дисгармонию
- стабильного расстройства
- внутриличностного конфликта
- прогрессирующего заболевания

По этиологии данное расстройство вероятнее всего относится к

- эндогенным
- экзогенным
- соматогенным
- психогенным

В соответствии с критериями МКБ-10 больному следует выставить диагноз

- эндогенным
- экзогенным
- соматогенным
- психогенным

Диагноз

F21.4 Шизотипическое расстройство (психопатоподобная шизофрения)

F60.1 Шизоидное расстройство личности

F06.6 Органические эмоционально лабильные (астенические) расстройства

F44.7 Смешанные диссоциативные (конверсионные) расстройства

Пациенту показано назначение

- бензодиазепиновых транквилизаторов
- ингибиторов холинэстеразы
- трициклических антидепрессантов
- атипичных нейролептиков

Есть основания назначить больному

- 2-4 мг рисперидона
- 2-4 мг ривастигмина
- 2-4 мг диазепама
- 2-4 мг кломипрамина

В случае настойчивого лечения пациента в будущем высока вероятность

- 2-4 мг рисперидона
- 2-4 мг ривастигмина
- 2-4 мг диазепама
- 2-4 мг кломипрамина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 35 лет пришел на прием к психиатру в сопровождении матери в середине мая

Жалобы

На постоянный страх и беспокойство

Анамнез заболевания

До февраля текущего года чувствовал себя совершенно здоровым, работал на высокооплачиваемой должности в банке, проживал с женщиной в гражданском браке, детей нет. Гордился своей карьерой, неоднократно находил удачные

способы решения в затруднительных профессиональных ситуациях. В феврале почувствовал, что ситуация на работе изменилась, что к нему стали относиться предвзято, когда сотрудники подходили к нему с вопросами, чувствовал, что они собирают на него компромат, поэтому отвечал резко, отказывался предоставлять запрашиваемую информацию. На улице видел людей, которые идут за ним, часто сворачивал в боковые улицы, чтобы уйти от преследователей. Был обижен на сотрудников за то, что они ополчились против него после стольких лет совместной работы. Сам подал заявление об уходе, при увольнении получил неплохое пособие. Даже после увольнения на улице чувствовал, что за ним следят. Дома было спокойнее, но постоянно думал о предательстве и подлости коллег. Не высypался. Поссорился со своей гражданской женой, и она ушла. В мае мать заставила его пойти к психиатру.

Анамнез жизни

- * среди ближайших родственников никто к психиатру не обращался
- * отец больного бизнесмен, мать не работает, младший брат тоже работает в банковской сфере
- * наш пациент курил в институтские годы, 5 лет назад бросил курение, алкоголь употребляет нерегулярно, последние 3 месяца не пьет
- * соматически всегда был здоров, в школе занимался борьбой, потом бросил

Объективный статус

Мрачен и подавлен. Полностью ориентирован. Считает, что прежние сотрудники его предали, не может привести конкретных доказательств, но все понял по их действиям и высказываниям. Не понимает, зачем они продолжают преследовать его после увольнения. Обижен на жену, которая не поддержала его в трудный период. С доверием относится к матери, но утверждает, что она тоже не может его понять, поэтому старается с ней не спорить. Не чувствует в себе сил на то, чтобы искать новую работу, считает, что следует посидеть дома, «пока не улягутся страсти». Отрицает наличие обманов восприятия. Дома преследования не чувствует, но иногда бывают странные звонки, также в окно видел у дома незнакомых людей, которые долго стояли, курили, и никуда не уходили. Дома смотрит телевизор и читает, но жалуется, что ему трудно сосредоточиться. Согласен, что ему нужны какие-то успокаивающие таблетки.

Психиатрическое освидетельствование данного больного проводится

- при наличии письменного согласия матери
- только при наличии санкции прокурора
- даже при отсутствии письменного согласия, недобровольно

- только при наличии согласия пациента

Врач попросил больного объяснить пословицу «На воре шапка горит». Больной сказал, что это означает, что «трудно держать что-либо в тайне, поскольку мы сами невольно выдаем себя своими словами и поступками». Это указывает на

- хорошую способность пациента к абстрактному мышлению
- склонность к конкретно-ситуационному мышлению
- утрату подвижности процессов мышления, бедность ассоциаций
- склонность к паралогии, персеверации и соскальзыванию

Продуктивные психические расстройства у пациента

- выражаются в агорафобии и социофобии
- проявляются идеаторным автоматизмом
- проявляются персекуторным бредом
- представлены навязчивыми идеями

Негативные психические расстройства у пациента

- представлены бедностью ассоциаций и вязкостью
- проявляются эмоциональной сглаженностью
- выражаются утратой целенаправленности мышления
- не выражены

Настоящее состояние больного соответствует понятию синдрома

- маниакально-бредового
- паранойяльного
- парафренного
- депрессивно-параноидного

По своей природе данное расстройство, вероятнее всего, относится к

- функциональным невротическим
- органическим пограничным
- органическим психотическим
- функциональным психотическим

По этиологии данное расстройство вероятнее всего относится к

- психогенным
- соматогенным
- экзогенным

- эндогенным

В соответствии с критериями МКБ-10 больному следует выставить диагноз

- психогенным
- соматогенным
- экзогенным
- эндогенным

Диагноз

F22.0 Бредовое расстройство

F24 Индуцированное бредовое расстройство

F25.9 Шизоаффективное расстройство, неуточненное

F20.6 Простая шизофрения

Врач назначил пациенту 15 мг диазепама в сутки, однако в течение последующих 3 дней его состояние не улучшилось. Это можно объяснить тем, что

- доза лекарства была недостаточной
- доза лекарства была слишком большой
- прошло слишком мало времени с момента назначения препарата
- было выбрано неверное средство лечения

Поскольку лечение диазепамом было неэффективным, будет правильным, если мы

- добавим к диазепаму флюоксетин
- назначим нелекарственное лечение
- заменим диазепам на трифлуоперазин
- заменим диазепам на мirtазапин

Больной принимает в сутки 15 мг трифлуоперазина, его состояние значительно улучшилось, однако он стал жаловаться на скованность во всем теле и дрожание рук. В этом случае будет правильным

- добавить к трифлуоперазину мемантин
- заменить трифлуоперазин на ламотриджин

- добавить к трифлуоперазину флувоксамин
- заменить трифлуоперазин на оланзапин

Больной считает, что лечение очень помогло ему, поскольку он теперь чувствует себя намного спокойнее, и не ощущает за собой никакой слезки. Он допускает, что он ошибался, когда говорил, что сотрудники задумали выжить его с работы, но не хочет возвращаться на прежнее место. В этой ситуации следует

- добавить к трифлуоперазину мемантин
- заменить трифлуоперазин на ламотриджин
- добавить к трифлуоперазину флувоксамин
- заменить трифлуоперазин на оланзапин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 51 года пришла на прием к психиатру в сопровождении мужа

Жалобы

На тревогу и бессонницу

Анамнез заболевания

Работает управляющим продуктового магазина, за последние 2 года было 4 серьезных финансовых проверки. Не видела за собой какой-либо вины, но очень беспокоилась по поводу этих проверок. Нарушился сон, по совету подруги принимала на ночь бензодиазепиновые транквилизаторы в течение месяца. Муж был эти крайне недоволен, отнял у неё таблетки, и запретил их пить. Снова нарушился сон, заметила, что лучше спит, если выпьет на ночь рюмку коньяка. Последние полтора года употребляла коньяк ежедневно в дозе 150-250 мл. Стала замечать общее ухудшение здоровья, артериальное давление нередко поднималось до 160-170 мм.рт.ст., было учащенное сердцебиение. Три дня назад ей сделали предупреждение на работе, что от неё пахнет перегаром. Прекратила употребление коньяка, никак не могла заснуть, чувствовала подавленность, страх за будущее, появилась одышка и «приливы», перебои в работе сердца, не могла выйти на работу, вызвала «скорую». «Скорая помощь» признаков ишемии не обнаружила, врач ввел гипотензивное средство, поскольку было повышено артериальное давление.

Анамнез жизни

* среди ближайших родственников никто к психиатру не обращался

* настоящий брак второй в жизни, живет с мужем уже 26 лет, дети живут отдельно

* имеет высшее техническое образование, работает в магазине, так как в качестве инженера зарабатывала очень мало

* курит с институтских лет

* менструации с 12 лет, 5 раз была беременна, 2 беременности завершились родами, последний год месячные стали нерегулярными

Объективный статус

Выглядит тревожной и подавленной, лицо красное, на лбу капельки пота, дышит тяжело. Очень боится потерять работу, так как оплачивает учебу младшему сыну. Не знает, что делать, так как без должного сна чувствует себя неспособной, а пить коньяк боится, поскольку ей вынесли предупреждение. Обижена на мужа за то, что он не поддерживает её, и относится к ней без сочувствия. Отмечает, что гипотензивные средства снижают давление, но не улучшают её состояния. Чувствует приближение старости, боится, что скоро её здоровье ухудшится настолько, что она не сможет работать.

Психиатрическое освидетельствование данной пациентки проводится

- только при наличии её согласия
- только при наличии направления от участкового врача
- при наличии письменного согласия мужа
- даже при отсутствии письменного согласия, недобровольно

Врач на основании имеющихся данных пытается оценить личность пациентки.

Есть основания утверждать, что у пациентки

- есть признаки неустойчивой психопатии
- есть признаки истерической психопатии
- есть признаки психастении
- нет расстройств личности

Больная описывает серьезный эмоциональный стресс в течение последних двух лет. Настоящее состояние больной вероятнее всего

- не имеет прямого отношения к стрессу
- является результатом внутриличностного конфликта на фоне стресса
- является прямым следствием этого стресса
- является свидетельством низкой устойчивости к стрессу

В анамнезе жизни указано, что последний год месячные у пациентки стали нерегулярными. Вероятнее всего, состояние больной, описанное в объективном статусе

- является следствием естественного (непатологического) климакса
- не имеет прямого отношения к климаксу
- является следствием патологического климакса
- является следствием страха больной перед климаксом

Врач планирует инструментальное и лабораторное обследование пациентки. В настоящее время важнее всего провести

- является следствием естественного (непатологического) климакса
- не имеет прямого отношения к климаксу
- является следствием патологического климакса
- является следствием страха больной перед климаксом

Результаты

Анализ активности печеночных ферментов ГГТ, АСТ и АЛТ

[cols="^,^",]

|====

a| *Наименование* a| *Нормы* a| *результат*

a| АСТ a| 0-34 a| 55

a| АЛТ a| 10-49 a| 32

a| ГГТ a| до 48 a| 65

|====

Дексаметазоновый тест

Прием 1 мг дексаметазона привел к снижению уровня кортизола плазмы крови с 650 до 250 нмоль/л

Количественное определение экскреции 17-кетостероидов и 17-оксикортикостероидов в суточной моче

Показатели в пределах нормы 17-КС – 24 мкмоль/сут, 17-ОКС – 7 мкмоль/сут

Количественное определение тиреотропного гормона и трийодтиронина в плазме крови

ТТГ – 1,8 мкМЕ/мл (норма от 0,24 до 2,9), Т₃ – 1,6 нмоль/л (норма от 1,04 до 2,5)

Настоящее состояние больной соответствует понятию синдрома

- депрессивного
- обсессивного
- астенического
- абстинентного

В соответствие с критериями МКБ-10 больной следует выставить диагноз

- депрессивного
- обсессивного
- астенического
- абстинентного

Диагноз

F10.30 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя, состояние отмены неосложненное

F10.1 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя, употребление с вредными последствиями

F10.02 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя, острая интоксикация с другими медицинскими осложнениями

F10.71 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя, резидуальное расстройство личности или поведения

Врач назначил в качестве снотворного 25 мг амитриптилина, однако пациентка в течение последующих 3 дней не почувствовала никакого улучшения. Это можно объяснить тем, что

- доза лекарства была недостаточной
- было выбрано неверное лекарственное средство
- прошло слишком мало времени с момента назначения препарата
- доза лекарства была слишком большой

В данном случае для купирования абстинентного синдрома следует использовать сочетание

- ингибиторов моноаминоксидазы и инфузий раствора глюкозы
- бензодиазепиновых транквилизаторов и полиионных растворов
- фенотиазиновых нейролептиков и раствора декстрана
- селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и раствора сульфата магния

В качестве снотворного больная получает 2 мг бромдигидрохлорфенилбензодиазепа на ночь. В дальнейшем следует

- увеличивать дозу лекарства на 0,25 мг каждые 7 дней
- в течение 7-10 дней снизить дозу, и отменить препарат
- продолжать такое лечение в течение следующего месяца
- через 7 дней заменить этот препарат на диазепам

Через 2 недели больная почувствовала себя лучше. Чтобы эффект лечения был стойким, следует

- рекомендовать ей поменять работу
- направить её на психотерапевтическое лечение
- направить её на санаторно-курортное лечение
- рекомендовать ей занятия спортом и отказ от курения

В данном случае лечение направлено на

- рекомендовать ей поменять работу
- направить её на психотерапевтическое лечение
- направить её на санаторно-курортное лечение
- рекомендовать ей занятия спортом и отказ от курения

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 37 лет осмотрен психиатром по просьбе его жены

Жалобы

На плохую память

Анамнез заболевания

Ранее к психиатрам не обращался. 3 недели назад ушел в гараж и не вернулся. Жена нашла его в гараже без сознания, двигатель автомобиля был включен. Был доставлен в реанимационное отделение, где находился в течение 15 дней.

Не сразу пришел в себя, потом сознание стало восстанавливаться, просил о встрече с женой, сразу узнал её при появлении. Однако, когда она ушла, стал жаловаться, что его никто не навещает. Утверждал, что лежит в больнице целый месяц, и жена ни разу к нему не приходила. После выписки домой не смог выйти на работу, так как плохо ориентировался в событиях. Дома был спокоен, легко находил кухню и туалет, смотрел телевизор, но не мог рассказать о том, что видел на экране недавно.

Анамнез жизни

- * из близких родственников никто к психиатру не обращался;
- * живет с женой и двумя детьми, родители живут отдельно;
- * имеет высшее образование, вместе с товарищем владеет небольшим бизнесом;
- * нем курит, ходил в тренажерный зал, алкоголь употребляет умеренно.

Объективный статус

Охотно отвечает на вопросы врача, точно называет своё имя, дату рождения, домашний адрес. Чувствует себя здоровым, предполагает, что скоро приступит к работе. Не может сказать, как он заболел, предполагает, что упал и ударился головой на улице. Правильно называет текущий год, но дату сказать не может, смотрит на улицу и говорит «наверное, ноябрь», хотя на самом деле середина октября. Не может запомнить имени врача и его профиль даже после многократных повторений. Не может сказать, в каком районе города, и на какой улице расположен диспансер, в который он обратился, не знает, какая ближайшая станция метро, от которой они с женой шли к диспансеру. Счет по Крепелину делает правильно, но после 4-5 действий сбивается, и начинает не отнимать, а прибавлять. Способен передавать скрытый смысл пословиц и поговорок. Утверждает, что уже обращался к этому врачу раньше, когда сломал лодыжку.

Психиатрическое освидетельствование данного больного проводится

- только при наличии согласия пациента
- даже при отсутствии письменного согласия, недобровольно
- при наличии письменного согласия жены
- только при наличии санкции прокурора

У больного имеются симптомы психического расстройства, в том числе

- пассивный негативизм и шперрунг

- дереализация и бредовые идеи отношения
- снижение критики и конфабуляции
- гипобулия и парейдолические иллюзии

Расстройства памяти у больного соответствуют понятию

- психогенной амнезии
- анэкфорической амнезии
- фиксационной амнезии
- прогрессирующей амнезии

Мышление у данного больного

- характеризуется нецеленаправленностью
- грубо не нарушено
- преимущественно конкретно-ситуационное
- замедленное и паралогичное

Сознание у данного больного

- спутанное
- альтернирующее
- ясное
- помраченное

Настоящее состояние больного соответствует понятию синдрома

- Ганзера
- Капгра
- Корсакова
- Марфана

Больной подписал согласие на госпитализацию в психиатрический стационар. Для пребывания, обследования и лечения в психиатрическом стационаре необходимо провести больному

- Ганзера
- Капгра
- Корсакова
- Марфана

Результаты

Анализ крови общий и биохимический общетерапевтический

|====

a | *Наименование* a | *Нормы* a | *результат*

a | Гемоглобин a | 130,0 - 160,0 a | 144,0

a | Гематокрит a | 35,0 - 47,0 a | 41,2

a | Лейкоциты a | 4,00 - 9,00 a | 6,8

a | Эритроциты a | 4,00 - 5,70 a | 5,09

a | Тромбоциты a | 150,0 - 320,0 a | 240,0

a | Лимфоциты a | 17,0 - 48,0 a | 35,8

a | Моноциты a | 2,0 - 10,0 a | 7,1

a | Нейтрофилы a | 48,00 - 78,00 a | 55,1

a | Эозинофилы a | 0,0 - 6,0 a | 1,3

a | Базофилы a | 0,0 - 1,0 a | 0,7

a | СОЭ по Панченкову a | 2 - 20 a | 6

|====

{nbsp}

|====

a | *Наименование* a | *Нормы* a | *результат*

a | Белок общий a | 57,0-82,0 a | 73,2

a | Глюкоза a | 4,1-5,9 a | 4,8

a | Креатинин a | 44-115 a | 60

a | Билирубин общий a | 3,0-21,0 a | 5,9

a| АСТ а| 0-34 а| 15

a| АЛТ а| 10-49 а| 22

a| Амилаза а| 28-100 а| 46,3

|=====

Серологические пробы на сифилис, ВИЧ и гепатиты В и С

Серологические пробы на сифилис, ВИЧ и гепатит отрицательные

Осмотр терапевтом и неврологом с выдачей заключения

Кожные покровы обычной окраски. Жалоб на соматическое здоровье нет. АД – 120/80. Пульс – 66 в мин. Стул регулярный.

Рефлексы живые симметричные, чувствительность и координация движений не нарушены

Признаков соматических и неврологических расстройств не выявлено.

Магнитно-резонансная или компьютерная томография головы

Мозговые структуры симметричны, объемных образований не выявлено, размеры желудочков мозга и толщина коркового вещества в пределах возрастной нормы

Количественное определение тиреотропного гормона и трийодтиронина в плазме крови

ТТГ – 1,8 мкМЕ/мл (норма от 0,24 до 2,9), Т₃ – 1,6 нмоль/л (норма от 1,04 до 2,5)

Люмбальная пункция для анализа цереброспинальной жидкости

Ликвор прозрачный, вытекает быстрыми каплями, плотность – 1,004, белка 0,28 г/л, цитоз – 4 клетки в 1 мкл

В соответствие с критериями МКБ-10 больному следует выставить диагноз

- Ганзера
- Капгра
- Корсакова
- Марфана

Диагноз

F04 Органический амнестический синдром, не обусловленный алкоголем или другими психоактивными веществами

F02.8 Деменция при других уточненных заболеваниях, классифицируемых в других разделах

F07.8 Другое органическое расстройство личности и поведения вследствие заболевания повреждения и дисфункции головного мозга

F06.5 Органическое диссоциативное расстройство вследствие повреждения или дисфункции головного мозга, либо вследствие физической болезни

Больной нуждается в назначении

- оксibuтирата натрия и витамина D
- ингибиторов моноаминоксидазы
- антиконвульсантов или солей лития
- ноотропных средств

Есть все основания назначить больному

- сертиндол и милдронат
- вальпроевую кислоту и глицин
- миртазапин и топирамат
- мемантин и церебролизин

Больному назначили в сутки 20 мг мемантина и 5 мл церебролизина в/м. Через 15 дней состояние больного существенно не изменилось. Это можно объяснить тем, что

- доза лекарств была недостаточной
- прошло слишком мало времени с момента назначения препарата
- у больного имеется индивидуальная непереносимость лекарств
- доза лекарств была слишком большой

В будущем у данного пациента с высокой вероятностью можно ожидать

- доза лекарств была недостаточной
- прошло слишком мало времени с момента назначения препарата
- у больного имеется индивидуальная непереносимость лекарств
- доза лекарств была слишком большой

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девушка 20 лет пришла на прием к психиатру в сопровождении матери

Жалобы

На беспричинные приступы потери сознания

Анамнез заболевания

С детства отличалась болезненностью, часто не могла пойти в школу из-за головных болей, иногда уходила с урока из-за одышки и чувства дурноты. Училась слабо, но учителя были к ней снисходительны, так как она рассказывала им, что помогает маме по работе, чтобы справиться с бедностью (на самом деле лишь однажды помогала маме мыть пол в больнице). После окончания школы пыталась поступить в медицинский вуз, но не прошла по конкурсу и поступила в медицинский колледж. Училась слабо, пропускала занятия. Встал вопрос об отчислении. Пообещала ликвидировать все задолженности. В этот период возникли приступы потери сознания, которые могли продолжаться по 15-20 минут. «Скорая» отвозила её в больницу, но там ничего не выявляли. Дома приступы не возникали, только на занятиях в колледже. Врачи посоветовали проконсультироваться у психиатра.

Анамнез жизни

* живет с матерью (работает медсестрой в больнице), старшая сестра замужем, дед и бабушка работают врачами, помогают своей дочери и внукам, никто из родственников к психиатрам не обращался

* отец ушел из семьи, когда больной было 10 лет, выплачивает алименты, поддерживает отношения с дочерью

* алкоголь и психоактивные вещества не употребляет

* менструации с 13 лет, интимных отношений не имела

Объективный статус

Просит мать выйти на время беседы с врачом, однако никаких особых секретов врачу не рассказывает. Говорит о том, что очень хочет помогать людям, лечить их и спасать, однако из-за слабого здоровья возникли проблемы в колледже. Обвиняет мать в черствости и неспособности её понять. Об отце говорит с теплотой, но не любит его новую жену. Не любит бывать дома у отца, так как её раздражают его жена и дочь. Так же недовольна отношением к себе одногруппников в колледже. Обвиняет их в том, что они не любят медицину,

курят и пьют, хотя собираются работать в медицине. Предполагает, что у неё какое-то редкое заболевание, возможно, гормонально активная опухоль желудка, которая вызывает гипогликемию. Носит с собой ампулы с 40% глюкозой. Заявляет, что очень доверяет врачу, хочет узнать его мнение о себе.

Психиатрическое освидетельствование данной больной проводится

- даже при отсутствии письменного согласия, недобровольно
- при наличии письменного согласия матери
- только по направлению участкового терапевта
- только при наличии её согласия

Врач направил пациентку на стационарное обследование. Для пребывания, обследования и лечения в психиатрическом стационаре необходимо провести больной

- даже при отсутствии письменного согласия, недобровольно
- при наличии письменного согласия матери
- только по направлению участкового терапевта
- только при наличии её согласия

Результаты

Анализ крови общий и биохимический общетерапевтический

|====

а| *Наименование* а| *Нормы* а| *результат*

а| Гемоглобин а| 120,0 - 140,0 а| 132,0

а| Гематокрит а| 36,0 - 42,0 а| 39,8

а| Лейкоциты а| 4,00 - 9,00 а| 6,9

а| Эритроциты а| 3,70 - 4,70 а| 4,09

а| Тромбоциты а| 180,0 - 320,0 а| 290,0

а| Лимфоциты а| 18,0 - 40,0 а| 35,8

а| Моноциты а| 2,0 - 9,0 а| 7,1

а| Нейтрофилы а| 48,00 - 78,00 а| 52,5

а| Эозинофилы а| 0,0 - 6,0 а| 3,9

а| Базофилы а| 0,0 - 1,0 а| 0,7

а| СОЭ по Панченкову а| 2 - 15 а| 9

|====

{nbsp}

|====

а| *Наименование* а| *Нормы* а| *результат*

а| Белок общий а| 70,0-90,0 а| 81,2

а| Глюкоза а| 4,22-6,11 а| 4,9

а| Креатинин а| 44-115 а| 76

а| Билирубин общий а| 8,5-20,5 а| 10,3

а| АСТ а| 0-34 а| 22

а| АЛТ а| 10-49 а| 24

а| Амилаза а| 28-100 а| 46,3

|====

Серологические пробы на сифилис, ВИЧ и гепатиты

Серологические пробы на сифилис, ВИЧ и гепатиты отрицательные

Осмотр терапевтом и ЭКГ с выдачей заключения о соматическом здоровье пациентки

Кожные покровы обычной окраски. Дыхание в легких везикулярное. АД – 110/80. Пульс – 70 в мин. Живот при пальпации безболезненный, печень не увеличена.

На ЭКГ патологии не выявлено, ритм синусовый, ЧСС – 70 в мин.

Электроэнцефалография с функциональными пробами

Признаков асимметрии электрической активности нет, признаки эпилептической активности отсутствуют в нативной записи, и не возникают на фоне гипервентиляции и ритмической фотостимуляции

Ангиографическое исследование сосудов шеи и головы

сосуды шеи и головы полностью проходимы, значительных сужений и аномалий не выявлено

Дексаметазоновый тест

Прием 1 мг дексаметазона привел к снижению уровня кортизола плазмы крови с 650 до 250 нмоль/л

Продуктивные психические расстройства у пациентки

- представлены приступами дереализации и деперсонализации
- проявляются признаками моторного и сенсорного автоматизма
- отсутствуют
- выражаются конверсионной симптоматикой

Негативные психические расстройства у пациентки

- представлены когнитивным дефицитом
- отсутствуют
- проявляются недержанием эмоций
- выражаются утратой воли

Настоящее состояние больной соответствует понятию синдрома

- астено-ипохондрического
- сенестопатически-ипохондрического
- параноидно-ипохондрического
- истеро-ипохондрического

По этиологии данное расстройство вероятнее всего относится к

- эндогенным
- экзогенным
- психогенным
- соматогенным

В соответствии с критериями МКБ-10 больному следует выставить диагноз

- эндогенным
- экзогенным

- психогенным
- соматогенным

Диагноз

F44.7 Смешанные диссоциативные (конверсионные) расстройства

F32.01 Легкий депрессивный эпизод с соматическими симптомами

F21.3 Псевдоневротическая (неврозоподобная) шизофрения

F62.1 Хроническое изменение личности после психической болезни

Врач назначил пациентке рисперидон в дозе 4 мг в сутки. В течение последующих 4 недель никакого улучшения не наступило. Это можно объяснить тем, что

- доза препарата была слишком большой
- был выбран неверный способ лечения больной
- доза препарата была недостаточной
- прошло слишком мало времени с момента назначения препарата

Поскольку лечение рисперидоном было неэффективным, больной следует

- добавить к рисперидону хлордиазепоксид
- заменить рисперидон на вальпроевую кислоту
- заменить рисперидон на амитриптилин
- назначить нелекарственное лечение

Из нелекарственных методов пациентке более всего показана

- депривация сна
- психотерапия
- фототерапия
- транскраниальная магнитная стимуляция

Больная начала посещать психотерапевтические сессии, она соглашается со всеми утверждениями психотерапевта, восхищается его талантом, утверждает, что готова открыть врачу «все тайники своей души». Это указывает на

- отсутствие значимого прогресса в психотерапии

- формирование у пациентки внутреннего локуса контроля
- возникновение феноменов катарсиса и инсайта
- высокую эффективность психотерапии

По завершении полноценного курса лечения у данной пациентки можно ожидать в будущем

- отсутствие значимого прогресса в психотерапии
- формирование у пациентки внутреннего локуса контроля
- возникновение феноменов катарсиса и инсайта
- высокую эффективность психотерапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Юноша 26 лет осмотрен психиатром на дому по требованию матери после того, как он ударил её по голове кулаком

Жалобы

Больной жалоб не предъявляет, согласен, что проявил несдержанность

Анамнез заболевания

До выпускного класса школы ничем от сверстников не отличался, учился средне, по секрету от родителей выпивал пиво и пробовал «травку». В 16 лет заинтересовался Библией, понял, что совершил много ошибок, отказался от алкоголя, стал поучать сверстников, что вызвало конфликт с ними. Решил переехать жить к отцу в Подмоскowie. В поезде почувствовал, что все за ним следят, грубил окружающим, выскочил из движущегося поезда без документов. Проходил месячный курс лечения в психиатрической больнице. Понял, что вел себя неправильно. Хотя среди его родственников не было евреев, стал читать Талмуд и Тору. После окончания школы в вуз не поступал, несколько месяцев работал в цехе по сбору пластиковых оконных рам, последние 6 лет не работает, из дома выходит 1-2 раза в неделю. Наблюдается у районного психиатра, принимает назначенные лекарства, периодически во время конфликтов бьёт мать. Настоящий конфликт был спровоцирован тем, что мать не дала ему денег на дорогое спортивное питание.

Анамнез жизни

* живет с матерью и старшей сестрой, среди родственников никто к психиатру не обращался;

* отец – суровый мрачный человек, ушел из семьи, когда больному было 14 лет;

* больной имеет избыток массы тела, на деньги матери купил карту на посещение тренажерного зала, но ходил туда только 3 раза, в настоящее время хочет принимать белковый коктейль, чтобы похудеть.

Объективный статус

Говорит монотонно, согласен, что проявил несдержанность. Заявляет, что мать самый близкий для него человек и лучший его друг, утверждает, что не может без неё жить. Обвиняет мать в том, что она не сохранила брак с отцом. Представляет себя, как атеиста, при этом находит, что в Библии и Торе есть много важных для людей советов, которые направлены на сохранение семейных ценностей. Говорит о том, что люди погрязли в привязанностях к вещам, не видит необходимости в том, чтобы работать, поскольку они с матерью «привыкли обходиться малым». Утверждает, что деньги сами по себе ничего не значат. Рассказывает о своих планах поступления в вуз, сообщает, что последние 3 года готовиться к экзаменам, изучает учебник математики и английского языка за 7-й класс. Интересуется литературой по психологии и валеологии (общая теория здоровья), рассуждает о единстве жизни и смерти, сравнивает свои вспышки агрессии с инстинктивным поведением животных. Приступ, перенесенный в 16 лет, оценивает, как психическое расстройство. В настоящее время патологических суждений не высказывает, обманов восприятия нет.

Психиатрическое освидетельствование данного больного проводится

- только при наличии согласия пациента
- при наличии письменного согласия матери
- даже при отсутствии письменного согласия, недобровольно
- только при наличии санкции прокурора

В настоящее время у больного

- присутствует естественная реакция на межличностный конфликт
- отмечается выраженный внутриличностный конфликт
- психических расстройств нет
- имеются признаки хронического психического заболевания

У больного имеются симптомы психического расстройства, в том числе

- амбивалентность и резонерство
- персекуторный бред и ментизм
- гипотимия и ангедония
- навязчивые мысли и действия

Продуктивные психические расстройства у больного

- ограничиваются симптомами депрессии
- проявляются идеаторным автоматизмом
- слабо выражены
- представлены дереализацией и деперсонализацией

Негативные психические расстройства у больного

- представлены эмоциональной ригидностью и в сочетании с истощаемостью
- выражаются в утрате способности к абстрактному мышлению
- проявляются эмоционально-волевым дефектом
- отсутствуют

У больного имеются признаки + _____ + личности

- изменений
- стойкого расстройства
- акцентуации
- патологического развития

По этиологии данное расстройство вероятнее всего относится к

- эндогенным
- психогенным
- соматогенным
- экзогенным

В соответствие с критериями МКБ-10 больному следует выставить диагноз

- эндогенным
- психогенным
- соматогенным
- экзогенным

Диагноз

F20.5 Резидуальная шизофрения

F22.0 Хроническое бредовое расстройство

F34.8 Другое хроническое аффективное расстройство

F60.3 Эмоционально неустойчивое расстройство личности

У больного имеются показания к проведению

- психофармакотерапии
- инсулино-коматозной терапии
- электросудорожной терапии
- стимуляции блуждающего нерва

Есть основания назначить больному

- 4-6 мг ламотриджина или 150-300 мг вальпроевой кислоты
- 4-6 мг рисперидона или 150-300 мг клозапина
- 4-6 мг миртазапина или 150-300 мг amitриптилина
- 4-6 мг алпразолама или 150-300 мг хлордиазепоксида

Пациенту был назначен клозапин по 200 мг в сутки. Мать больного сообщила, что больной принимает лекарство неохотно, она нашла за кроватью выброшенные им таблетки. В этом случае следует

- добавить к клозапину тригексифенидил
- заменить клозапин на карбамазепин ретард
- добавить к клозапину вальпроат «Хроно»
- заменить клозапин на рисперидон «Конста»

В социальном плане больной нуждается в

- добавить к клозапину тригексифенидил
- заменить клозапин на карбамазепин ретард
- добавить к клозапину вальпроат «Хроно»
- заменить клозапин на рисперидон «Конста»

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Дочь привела к психиатру свою мать 57 лет, т.к. обеспокоена ее «странным поведением»

Жалобы

Сама больная активно жалоб не высказывает

Анамнез заболевания

* Дочери позвонили с работы матери и попросили забрать мать с работы и

обследовать у психиатра, т.к. последнее время она ведет себя «неадекватно». Сотрудники, в течении последнего года, стали обращать внимание на «странное поведение» и несостоятельность пациентки. Она могла часами бесцельно бродить по коридорам, ничем не заниматься. На просьбы что-либо сделать молча кивала головой и ничего не делала; говорила «это все пустое». Со слов сотрудников, вначале это особо не бросалось в глаза, а так как пациентка занимала руководящую должность, то «все сходило с рук». Однако, нелепость поведения нарастала и «последней каплей» стало появление пациентки на совещании в нижнем белье. На вопросы отвечала, что ей так удобно.

* Со слов дочери, в квартире у матери вся одежда свалена в одну кучу, по квартире расставлена грязная, немытая посуда, включен телевизор. На просьбы дочери объяснить свое состояние, говорила, что все в порядке, просила не мешать ей жить. После долгих уговоров согласилась сходить на консультацию к врачу.

Анамнез жизни

* Отец и мать погибли в автокатастрофе, когда больной было 25 лет;

* живет одна, дочь проживает в другом районе города и видится с матерью редко;

* не курит, алкоголь употребляет редко;

* к врачам по болезням никогда не обращалась; периодически проходила медосмотры;

* работает заместителем начальника отдела в институте статистических исследований и экономики знаний.

Объективный статус

Охотно проходит в кабинет для беседы, благодушна. Делает комплементы окружающим. С порога заявляет, что здорова и не видит смысла в «этой клоунаде». Ориентирована в месте и собственной личности правильно, не точно указывает текущую дату. Расстройства праксиса не обнаружено. Речь довольно четкая, но отмечает некоторое словарное обеднение речи; в разговоре периодически повторяет «это все пустое». На вопросы объяснить, что это значит, повторяет «это все пустое». Начинает счет по Крепелину правильно, но после 86, говорит 90, затем и вовсе сбивается. При просьбе врача рассказать какое-нибудь любимое стихотворение, стереотипично рассказывает первые строки «Евгения Онегина». Со слезами на глазах рассказывает о своей работе, говорит, что ее все ценят и любят; и она делает только хорошее. Грубых

расстройств памяти не обнаруживает. Признаков продуктивной симптоматики нет.

Психиатрическое освидетельствование данной больной проводится при наличии

- устного согласия пациентки
- письменного согласия пациентки
- письменного согласия дочери
- настоятельного требования врача

Данную больную следует _____

- отпустить домой и наблюдать амбулаторно
- госпитализировать в психиатрический стационар
- направить в санаторий психо-неврологического профиля
- направить на консультацию к неврологу

+ _____ + не используется для исследование умственной работоспособности и внимания

- Таблица Шульте
- Корректирующая проба Бурдона
- Тест Роршаха
- Счет по Крепелину

Для установления окончательного диагноза, помимо клинического обследования необходимо провести

- Таблица Шульте
- Корректирующая проба Бурдона
- Тест Роршаха
- Счет по Крепелину

Результаты обследования

Магниторезонансная томография головного мозга

Определяются признаки атрофии вещества головного мозга преимущественно в лобных и височных областях

Офтальмоскопия

Выраженной патологии не обнаружено

Качественный анализ мочи на присутствие психоактивных веществ

Психоактивных веществ в моче не выявлено

УЗДГ сосудов шеи

Выраженной патологии не обнаружено

По этиологии данное расстройство вероятнее всего относится к

- эндогенным
- психогенным
- истероформным
- соматогенным

На первый план у больной выходят

- психотические расстройства
- личностные изменения
- астенические проявления
- амнестические расстройства

Наблюдаемые у больного расстройства указывают на наличие

- истерического конверсионного расстройства
- атрофического заболевания головного мозга
- психического расстройства инфекционной природы
- заболевания вследствие поражения сосудов головного мозга

В соответствие с критериями МКБ-10, с большой долей уверенности, больной можно выставить диагноз_____

- истерического конверсионного расстройства
- атрофического заболевания головного мозга
- психического расстройства инфекционной природы
- заболевания вследствие поражения сосудов головного мозга

Диагноз

F02.0 Деменция при болезни Пика

F00.0 Деменция при болезни Альцгеймера с ранним началом

F00.1 Деменция при болезни Альцгеймера с поздним началом

F02.1 Деменция при болезни Крейтцфельда-Якоба

Специфическая терапия деменции при болезни Пика

- проводится ноотропными препаратами
- проводится препаратами глиатилинового ряда
- на данный момент не разработана
- проводится препаратами лития

+ _____ + не является характерным проявлением болезни Пика

- Длительное сохранения критики
- Нарушение мышления
- Грубые расстройства личности
- Расстройства воли и влечения

Больные болезнью Пика _____

- могут заниматься неквалифицированным трудом
- способны выполнять автоматизированные действия
- могут работать по специальности
- нетрудоспособны и недееспособны

+ _____ + не относится к атрофическим заболеваниям головного мозга

- могут заниматься неквалифицированным трудом
- способны выполнять автоматизированные действия
- могут работать по специальности
- нетрудоспособны и недееспособны

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Юношу 21 года привела на прием к психиатру мать

Жалобы

Сам активно жалоб не высказывает

Анамнез заболевания

Юноша на контакт с врачом идет крайне неохотно. Со слов матери, более года назад изменился по характеру: забросил учебу (студент 3 курса Физико-математического факультета МГУ), стал увлекаться философией, вступил в философский кружок МГУ, читал сочинения Спинозы, Руссо, Канта, пытался изучать немецкий язык «для прочтения в оригинале»; мог часами доказывать ту или иную философскую теорию. Постепенно стал замкнут, перестал посещать

занятия в институте, не выходил из своей комнаты, с однокурсниками практически не общался. Три месяца назад мать заметила, что сын временами к чему-то прислушивался, иногда разговаривает когда в комнате никого нет. Первое время на контакт с матерью не шел, однако, в дальнейшем, после долгих уговоров со стороны матери, рассказал, что в голове все время крутятся какие-то мысли, эти мысли мешают ему сосредоточиться, не мог понять, его это мысли или нет, потому что они не подчинялись его воле, часто высказывали точку зрения противоположную его убеждениям. Временами «голос» указывал на его недостатки, говорил «как жить». Пациент считал, что «возможно он избранный» и за ним следят «какие-то силы», в своей комнате занавесил все окна, перерезал телефонный и телевизионный кабель. При просьбе сходить к врачу, ругался, кричал, «что его никто не хочет понять», уходил из дома. После долгих уговоров согласился обратиться к врачу, но высказал условие, что поедет только на такси с затонированными окнами.

Анамнез жизни

- * Среди ближайших родственников никто к психиатрам не обращался;
- * рос единственным ребенком в неполной семье (отец ушел из семьи, когда сыну было 5 лет);
- * не курит, алкоголь не употребляет;
- * в детстве перенес краснуху, ветряную оспу.

Объективный статус

Смотрит на врача напряженным взглядом, отвечает на вопросы после задержки. Интересуется, почему ему задают все эти вопросы. Утверждает, что у него нет особых проблем, просто «надо во всем разобраться». Иногда складывается такое впечатление, что больной к чему-то прислушивается, временами шевелит губами и пытается незаметно жестикулировать. Подтверждает, что ему мешают мысли, которые непрерывно крутятся в голове, путаются, приводят его в замешательство. Не может четко описать это состояние, говорит «может это и голос, а может и нет». Рассказывает, что «все происходит в голове», что не может понять почему выбрали именно его». Говорит, что после ухода из университета стало немного лучше, «когда на тебя не смотрят и не обсуждают – это хорошо». Не хочет рассказывать, почему перерезал дома провода и почему просил затонированную машину. На момент осмотра наличие «голоса в голове» отрицает. Психически больным себя не считает.

Психиатрическое освидетельствование данного больного проводится

- даже при отсутствии письменного согласия пациента
- только при наличии письменного согласия пациента
- при наличии письменного согласия матери
- только при наличии судебного решения

Дальнейшее лечение данного пациента следует проводить _____

- в условиях дневного стационара психиатрического профиля
- в санатории психо-неврологического профиля
- в условиях обычного психиатрического стационара
- амбулаторно, обеспечив возможность продолжать занятия в университете

Для дальнейшего обследования и лечения в психиатрическом стационаре необходимо провести больному

- в условиях дневного стационара психиатрического профиля
- в санатории психо-неврологического профиля
- в условиях обычного психиатрического стационара
- амбулаторно, обеспечив возможность продолжать занятия в университете

Результаты

Анализ крови общий и биохимический общетерапевтический

[cols="^,^",]

|====

а| *Наименование* а| *Нормы* а| *результат*

а| Гемоглобин а| 130,0 - 160,0 г/л а| 137,0

а| Гематокрит а| 35,0 - 47,0 % а| 41,4

а| Лейкоциты а| 4,00 - 9,00 *10⁹/л а| 10,5

а| Эритроциты а| 4,00 - 5,70 *10¹²/л а| 5,37

а| Тромбоциты а| 150,0 - 320,0 *10⁹/л а| 190,0

а| Лимфоциты а| 17,0 - 48,0 % а| 26,8

а| Моноциты а| 2,0 - 10,0 % а| 7,1

a| Нейтрофилы a| 48,00 - 78,00 % a| 64,9

a| MCV a| 80 – 100 fl a| 88

a| Эозинофилы a| 0,0 - 6,0 % a| 6,1

a| Базофилы a| 0,0 - 1,0 % a| 0,0

a| СОЭ по Панченкову a| 2 – 20 мм/час a| 16

|====
{nbsp}
[cols="^,^",]
|====

a| *Наименование* a| *Нормы* a| *результат*

a| Белок общий a| 57,0-82,0 г/л a| 78,3

a| Глюкоза a| 4,1-5,9 ммоль/л a| 5,9

a| Креатинин a| 44-115 мкмоль/л a| 100

a| Билирубин общий a| 3,0-21,0 мкмоль/л a| 16

a| АСТ a| 0-34 ед/л a| 21

a| АЛТ a| 10-49 ед/л a| 23

a| ГГТ a| 10-79 ед/л a| 50

a| Амилаза a| 28-100 ед /л a| 90,3

|====

Серологические пробы на сифилис

Серологические пробы на сифилис отрицательные

Серологические реакции на ВИЧ и гепатиты В и С

Реакции на ВИЧ и гепатиты В и С отрицательные

Определение рН крови

рН крови – 6,8

Компьютерная или магниторезонансная томография головы

Кости черепа не изменены. Структуры мозга симметричны, обычной структуры и плотности. Признаков атрофии и очаговых образований нет.

Определение МНО (международное нормализованное отношение) крови

МНО крови составляет 1,3

По этиологии данное расстройство вероятнее всего относится к _____

- соматогенным
- эндогенным
- экзогенным
- нейрогенным

У больного имеются симптомы психического расстройства, в том числе

- контрастные навязчивости, моторный автоматизм
- вербигерации, конфабуляции
- признаки идеаторного автоматизма и бред
- галлюцинации, сенсорный автоматизм

Настоящее состояние больного соответствует понятию синдрома

- Кандинского-Клерамбо
- Капгра
- Корсакова
- Ганзена

В данном случае речь, скорее всего, идет о

- Кандинского-Клерамбо
- Капгра
- Корсакова
- Ганзена

Диагноз

Параноидная шизофрения

Гебефреническая шизофрения

Шизотипическое расстройство

Простая шизофрения

Правильнее всего начать лечение с

- психофармакотерапии
- депривации сна
- дезинтоксикационной терапии
- когнитивной психотерапии

Пациенту показано назначение

- нормотимиков
- транквилизаторов
- нейролептиков
- антидепрессантов

Есть все основания назначить больному

- 5-15 мг алимемазина
- 5-15 мг хлорпромазина
- 5-15 мг галоперидола
- 5-15 мг хлорпротиксена

При назначении типичных нейролептиков следует опасаться возникновения

- тромбоцитопении и подкожных кровоизлияний
- приступа артериальной гипертонии
- возникновения эпилептических припадков
- лекарственного паркинсонизма

Типичным для параноидной шизофрении является

- тромбоцитопении и подкожных кровоизлияний
- приступа артериальной гипертонии
- возникновения эпилептических припадков
- лекарственного паркинсонизма

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчину 26 лет привела на прием к психиатру мать

Жалобы

Сам активно жалоб не высказывает

Анамнез заболевания

* Мужчина на контакт с врачом идет крайне неохотно. Со слов матери, повторно обращается к психиатрам. До этого около двух лет назад уже проходил лечение в психиатрической больнице. После выписки некоторое время принимал азалептин, но очень быстро самостоятельно прекратил прием препарата. Работал администратором в салоне красоты. Около месяца назад мать стала замечать, что сын временами к чему-то прислушивался, иногда разговаривает когда в комнате никого нет. После долгих уговоров со стороны матери, рассказал, что последнее время, в голове все время крутятся какие-то мысли, эти мысли внушают ему «Боги». Они «настраивают на правильную жизнь», «говорят как надо жить», «направляют на истинный путь»; рассказывал, что «временами разговаривают с ним через его мысли». Считал, что за ним наблюдают «высшие силы из космоса». В своей комнате заклеил бумагой все окна, перерезал телефонный и телевизионный кабель. После долгих уговоров согласился обратиться к психиатру, но высказал условие, что поедет только на такси с затонированными окнами.

* Мать рассказала, что «что-то подобное» было два года назад, когда первый раз госпитализировался в психиатрическую клинику города Томска. После выписки пару раз приходили на плановый прием к психиатру по месту жительства (в ПНД), но после переезда в Москву больше к психиатрам не обращались.

Анамнез жизни

* Среди ближайших родственников никто к психиатрам не обращался;

* курит до 1 пачки в сутки, алкоголь не употребляет;

* в детстве перенес детские инфекции;

* работает парикмахером.

Объективный статус

Смотрит на врача напряженным взглядом, отвечает на вопросы после задержки. Интересуется, почему ему задают все эти вопросы. Утверждает, что у него нет особых проблем, просто «надо во всем разобраться». Иногда складывается такое впечатление, что больной к чему-то прислушивается, временами шевелит губами и пытается незаметно жестикулировать. Подтверждает, что он избранный, «мною говорят боги». Тут же отказывается

разговаривать на эту тему; не хочет рассказывать, почему перерезал дома провода и почему просил затонированную машину.

Психиатрическое освидетельствование данного больного проводится

- даже при отсутствии письменного согласия пациента
- при наличии письменного согласия матери
- только при наличии письменного согласия пациента
- только при наличии судебного решения

Дальнейшее лечение данного пациента следует проводить

- в санатории психо-неврологического профиля
- в условиях дневного стационара психиатрического профиля
- амбулаторно, периодически посещая больного на дому
- в условиях обычного психиатрического стационара

Для дальнейшего обследования и лечения в психиатрическом стационаре необходимо провести

- в санатории психо-неврологического профиля
- в условиях дневного стационара психиатрического профиля
- амбулаторно, периодически посещая больного на дому
- в условиях обычного психиатрического стационара

Результаты обследования

Анализ крови общий и биохимический общетерапевтический

[cols="^,^",]

|====

a| *Наименование* a| *Нормы* a| *результат*

a| Гемоглобин a| 130,0 - 160,0 г/л a| 137,0

a| Гематокрит a| 35,0 - 47,0 % a| 41,4

a| Лейкоциты a| 4,00 - 9,00 *10⁹/л a| 10,5

a| Эритроциты a| 4,00 - 5,70 *10¹²/л a| 5,37

a| Тромбоциты a| 150,0 - 320,0 *10⁹/л a| 190,0

a| Лимфоциты a| 17,0 - 48,0 % a| 26,8

a| Моноциты a| 2,0 - 10,0 % a| 7,1

a| Нейтрофилы a| 48,00 - 78,00 % a| 64,9

a| MCV a| 80 – 100 fl a| 88

a| Эозинофилы a| 0,0 - 6,0 % a| 6,1

a| Базофилы a| 0,0 - 1,0 % a| 0,0

a| СОЭ по Панченкову a| 2 – 20 мм/час a| 16

|====
{nbsp}
[cols="^,^",]
|====

a| *Наименование* a| *Нормы* a| *результат*

a| Белок общий a| 57,0-82,0 г/л a| 78,3

a| Глюкоза a| 4,1-5,9 ммоль/л a| 5,9

a| Креатинин a| 44-115 мкмоль/л a| 100

a| Билирубин общий a| 3,0-21,0 мкмоль/л a| 16

a| АСТ a| 0-34 ед/л a| 21

a| АЛТ a| 10-49 ед/л a| 23

a| ГГТ a| 10-79 ед/л a| 50

a| Амилаза a| 28-100 ед /л a| 90,3

|====

Серологические пробы на сифилис

Серологические пробы на сифилис отрицательные

Серологические реакции на ВИЧ и гепатиты В и С

Реакции на ВИЧ и гепатиты В и С отрицательные

Определение рН крови

рН крови – 6,8

Компьютерная или магниторезонансная томография головы

Кости черепа не изменены. Структуры мозга симметричны, обычной структуры и плотности. Признаков атрофии и очаговых образований нет.

Определение МНО (международное нормализованное отношение) крови

МНО крови составляет 1,3

По этиологии данное расстройство вероятнее всего относится к

- экзогенным
- соматогенным
- эндогенным
- нейрогенным

В соответствие с критериями МКБ-10 больному следует выставить диагноз

- экзогенным
- соматогенным
- эндогенным
- нейрогенным

Диагноз

F20.0 Параноидная шизофрения

F20.1 Гебефреническая шизофрения

F23.2 Острое шизофреноподобное психотическое расстройство

F20.62 Простая шизофрения, тип течения эпизодический со стабильным дефектом

В данном случае речь скорее всего идет о + _____ + типе течения заболевания

- непрерывном
- эпизодическом
- рекуррентном

- вялотекущим

У больного имеются симптомы психического расстройства, в том числе

- вербегерации и галлюцинации
- бредового расстройства и идеаторного автоматизма
- нарушение сознания и конверсионные симптомы
- навязчивые фобии и компульсии

Настоящее состояние больного соответствует понятию синдрома

- Кандинского-Клерамбо
- Котара
- Корсакова
- Капгра

Правильнее всего начать лечение с

- электро-судорожной терапии
- депривации сна
- психофармакотерапии
- когнитивной психотерапии

Пациенту показано назначение

- нейролептиков
- транквилизаторов
- антидепрессантов
- нормотимиков

При назначении типичных нейролептиков следует опасаться возникновения

- тромбоцитопении и подкожных кровоизлияний
- приступа артериальной гипертонии
- возникновения эпилептических припадков
- лекарственного паркинсонизма

Типичным для параноидной шизофрении является

- тромбоцитопении и подкожных кровоизлияний
- приступа артериальной гипертонии
- возникновения эпилептических припадков
- лекарственного паркинсонизма

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Дежурный психиатр вызван медицинской сестрой к пациентке 66 лет около 12 часов ночи.

Жалобы

Активно медицинских жалоб не высказывает.

Анамнез заболевания

Больная поступила в психиатрическую клинику за две недели до настоящего осмотра с диагнозом «депрессивный эпизод средней степени тяжести». На протяжении двух недель получала amitriptyline в дозе 100 мг в сутки (утром 25 мг, днем 25 мг, вечером 50 мг), lamotrigine до 200 мг в сутки, fenazepam 1 мг на ночь, hydroxyzine (atarax) до 75 мг в сутки. Два дня назад доза amitriptyline была увеличена до 150 мг в сутки (25 утром, 25 днем и 100 мг н/ночь). Со слов дежурного мед персонала утром больная растеряна, тревожна, долго не могла собраться на завтрак, искала какие-то вещи. В дальнейшем в течении дня ничем на себя внимание не привлекала, вела себя спокойно. Через некоторое время после приема вечерних препаратов стала суетлива, перебирала свои вещи, разговаривала с несуществующими людьми; ругалась, требовала всех выйти из квартиры.

При поступлении осмотрена терапевтом: данных за соматическую патологию нет.

Анамнез жизни

По записям из истории болезни:

* из родственников никто к психиатрам не обращался, отец умер от сердечно-сосудистого заболевания в возрасте 78 лет, матери 80 лет

* курит до 1 пачки сигарет в сутки; алкоголем не злоупотребляет

* замужем, живет с мужем; есть сын

* работает преподавателем

Объективный статус

* Активно идет на беседу. Точно указывает свое имя, возраст. С порога палаты заявляет, что находится в квартире у сына, который в отъезде («уехал отмечать Новый год»). Считает, что сейчас зима, хотя на самом деле апрель. Говорит, что пришла к сыну домой посмотреть квартиру, а там друзья сына и не хотят уходить. Требуя вызвать милицию. Указывая в пустой угол палаты говорит

«вон-вон он там сидит. Уходи, уходи домой, уже поздно». Не поддается переубеждению, что она находится в больнице и одна в палате. Считает врача соседом сына. При просьбе прочитать что написано на пустом листе бумаги, после непродолжительной паузы заявляет: «это мое заявление в милицию». Через некоторое время успокаивается, говорит, что больше ничего не скажет до приезда милиции. После долгих уговоров соглашается принять лекарство «чтобы успокоиться».

* В соматическом статусе: АД 140/80 мм.рт.ст, ЧСС – 68 в мин, Т – 36,8 С

У больной имеются симптомы психического расстройства, в том числе

- конверсионные симптомы, бред
- псевдогаллюцинации, психомоторное возбуждение
- галлюцинации, бред
- фобии, навязчивые идеи

Чтение несуществующего текста на чистом листе бумаги является симптомом

- Рейхарта
- Ашаффенбурга
- Альфельда
- Малера

Симптом + _____ + часто наблюдается у больных с галлюцинациями

- Липмана
- Лермитта
- Лахмана
- Кернига

По этиологии данное расстройство вероятнее всего относится к

- психогенным
- нейрогенным
- экзогенным
- эндогенным

Поведение больной в первую очередь определяется + _____ + синдромом

- параноидным
- паранойяльным

- сенестопатическим
- делириозным

Данное состояние следует расценивать как + _____ + делирий

- люцидный
- сосудистый
- на фоне деменции
- фармакологический

На момент осмотра, в соответствии с критериями МКБ-10, больной можно выставить диагноз

- люцидный
- сосудистый
- на фоне деменции
- фармакологический

Диагноз

F 05 Делирий, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами

F06.2 Органическое бредовое расстройство

F01.0 Сосудистая деменция с острым началом

F44 Диссоциативное (конверсионное) расстройство

Делирий, скорее всего, вызван приемом

- гидроксизина
- ламотриджина
- амитриптилина
- феназепам

Данной больной необходимо

- снизить дозу амитриптилина
- продолжить прием терапии под динамическим наблюдением врача
- полностью отменить амитриптилин
- к проводимой терапии добавить нейролептики

+ _____ + не являются типичными побочными явлениями при приеме трициклических антидепрессантов

- Нарушение зрения, сухость во рту, запоры
- Повышение артериального давления, слюнотечение, полиурия
- Седация, прибавка веса, судорожные состояния
- Альфа-адренергическая блокада, ортостатическая гипотензия, брадиаритмия

Психофармакологический делирий при адекватном лечении как правило

- приводит к формированию Корсаковского синдрома
- разрешается без последствий
- вызывает соматизированное расстройство
- приводит к энцефалопатии

При возбуждении больной возможна ее фиксация. О фиксации больной решение принимает

- приводит к формированию Корсаковского синдрома
- разрешается без последствий
- вызывает соматизированное расстройство
- приводит к энцефалопатии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Юноша 20 лет пришел на прием к врачу в сопровождении матери

Жалобы

Больной в разговор не вступает, самостоятельно жалобы сформулировать не может, на вопросы не отвечает

Анамнез заболевания

В школьные годы был обычным ребенком, учился средне, занимался борьбой в спортивной секции, участвовал в городских соревнованиях. Самостоятельно поступил в технический вуз, первый курс закончил с одной тройкой. В октябре текущего года (1,5 - 2 месяца назад) состояние изменилось, стал молчалив, перестал выходить гулять с друзьями, если они ему звонили, только слушал и отвечал «да» и «нет». Не смотрел телевизор, дома сидел на своей кровати и ничего не делал. Появились проблемы с приемом пищи, сидел перед тарелкой, переключал ложку с места на место, иногда молча уходил и ничего не ел,

иногда мог взять с собой в спальню кусок хлеба, но не всегда съедал его, оставлял его на кровати. В институт ходить перестал. На вопросы не отвечал, спал, не снимая одежды, не умывался и не чистил зубы. В туалет ходил самостоятельно без проблем. Последние 2 дня не ест и не говорит.

Анамнез жизни

* старший из двух братьев в семье, родители и младший брат здоровы, родной брат матери имеет инвалидность по психическому заболеванию

* курит со школьных лет, несколько раз с друзьями сильно выпивал, однако регулярно алкоголь не употребляет

* в 14 лет на занятиях борьбой получил легкую травму головы, был обследован, но диагноз сотрясения мозга поставлен не был

Объективный статус

На вопросы не отвечает, сидит в скованной позе, руки согнуты в локтях, но не лежат на коленях, а нависают над бедрами. Внимательно смотрит на врача, по его просьбе показывает язык, дает руку для проверки пульса, однако другие команды не выполняет (не открывает рот, не закрывает глаза, не надувает щеки). Иногда кивает головой в знак согласия, отказывается взять в руки ручку и не может ничего написать. Когда его спрашивают, на каком он курсе института, показывает 2 пальца. Когда врач сказал, чтобы он подождал в коридоре, тут же встал и вышел из кабинета

В данной ситуации следует

- направить пациента к неврологу в поликлинику по месту жительства
- предоставить пациенту право самому решать, как ему поступить
- госпитализировать пациента в психиатрический стационар
- направить пациента в психоневрологический диспансер по месту жительства

Для пребывания, обследования и лечения в психиатрическом стационаре необходимо провести больному

- направить пациента к неврологу в поликлинику по месту жительства
- предоставить пациенту право самому решать, как ему поступить
- госпитализировать пациента в психиатрический стационар
- направить пациента в психоневрологический диспансер по месту жительства

Результаты обследования

Анализ крови общий и биохимический общетерапевтический

[options="header", cols="25%,^25%,^25%"]

|====

а| *Наименование* а| *Нормы* а| *результат*

а| Гемоглобин а| 117,0 - 180,0 а| 140,0

а| Гематокрит а| 35,0 - 52,0 а| 46,8

а| Лейкоциты а| 4,00 - 11,00 а| 5,1

а| Эритроциты а| 3,8 - 6,1 а| 4,79

а| Тромбоциты а| 150,0 - 450,0 а| 270,0

а| Лимфоциты а| 18,0 - 44,0 а| 32,4

а| Моноциты а| 2,0 - 12,0 а| 8,2

а| Нейтрофилы а| 45,0 - 72,0 а| 55,1

а| Эозинофилы а| 0,0 - 5,0 а| 1,7

а| Базофилы а| 0,0 - 2,0 а| 0,7

а| СОЭ по Панченкову а| 2 - 20 а| 14

|====

[options="header", cols="25%,^25%,^25%"]

|====

а| *Наименование* а| *Нормы* а| *результат*

а| Белок общий а| 57,0-82,0 а| 72,2

а| Глюкоза а| 4,1-5,9 а| 4,1

а| Креатинин а| 44-115 а| 107,5

а| Билирубин общий а| 3,0-21,0 а| 8,3

а| Холестерин а| 3,2-5,6 а| 5,02

а| АСТ а| 0-34 а| 25

а| АЛТ а| 10-49 а| 32

|====

Серологические пробы на сифилис

Серологические пробы на сифилис отрицательные

Серологические реакции на ВИЧ и гепатиты В и С

Реакции на ВИЧ и гепатиты В и С отрицательные

Осмотр терапевтом с выдачей заключения о соматическом здоровье пациента

Кожные покровы обычной окраски. Жалоб на соматическое здоровье нет. Дыхание в легких везикулярное. АД – 120/80. Пульс – 85 в мин. Стул регулярный.

Признаков соматической патологии не выявлено.

Количественное определение ионов лития в плазме крови

Ионов лития в плазме менее 0,05 ммоль/л

Люмбальная пункция для анализа цереброспинальной жидкости

Ликвор прозрачный, вытекает быстрыми каплями, плотность – 1,004, белка 0,28 г/л, цитоз – 4 клетки в 1 мкл

Негативные расстройства у данного больного

- представлены выраженными изменениями личности по шизофреническому типу
- выражаются в грубом мнестико-интеллектуальном дефекте
- в настоящее время на фоне обострения оценить невозможно
- проявляются апраксией, аграфией, акалькулией и агнозией

У больного присутствуют психические расстройства, в том числе

- отрешенность, дезориентировка, амнезия
- моторный и идеаторный автоматизм

- гипотимия, гипобулия, замедление мышления
- мутизм, негативизм и ступор

Настоящее состояние больного соответствует понятию синдрома

- депрессивного
- кататонического
- аментивного
- апатико-абулического

По этиологии данное расстройство, вероятнее всего, относится к

- экзогенным
- соматогенным
- эндогенным
- психогенным

В соответствии с критериями МКБ-10 больному следует выставить диагноз

- экзогенным
- соматогенным
- эндогенным
- психогенным

Диагноз

F20.2 Кататоническая шизофрения

F06.1 Органическое кататоническое расстройство

F23.2 Острое шизофреноподобное психотическое расстройство

F32.3 Тяжелый депрессивный эпизод с психотическими симптомами

Правильнее всего начать лечение с

- групповой психотерапии
- директивной психотерапии
- дезинтоксикационной терапии
- психофармакотерапии

Пациенту показано назначение

- тимостабилизаторов
- антидепрессантов
- ингибиторов холинэстеразы
- нейролептиков

Есть все основания назначить больному 10-20 мг

- оланзапина
- хлорпромазина
- рисперидона
- тиоридазина

Больному было проведено лечение оланзапином, а затем зуклопентиксолом без значительного эффекта. Есть основания назначить

- флупентиксол
- кветиапин
- хлорпротиксен
- клозапин

В дальнейшем у данного больного, вероятнее всего, следует ожидать

- флупентиксол
- кветиапин
- хлорпротиксен
- клозапин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Молодой человек 30 лет пришел на прием к психиатру в сопровождении матери

Жалобы

На неконтролируемую агрессию, вспыльчивость, нетерпимость к замечаниям и обидам, постоянные конфликты на работе и дома

Анамнез заболевания

С детских лет отличался «необузданным» характером, был непослушен, стремился к общению, но мог подраться даже с лучшим другом. В школе мать постоянно вызывал классный руководитель, потому что сын дрался, сбегал с уроков, если ему делали замечания, мог оскорбить учителя, произносил ругательства. Поступил в вуз по протекции, но не учился, попал в армию, где

постоянно получал взыскания, употреблял алкоголь. После армии пытался работать, но его постоянно увольняли из-за конфликтов. 6 лет назад его девушка забеременела, и он вынужден был жениться. Дома постоянно были конфликты, особенно агрессивным становился после приема спиртного, мог ударить жену, иногда не ночевал дома, мог уйти во время ссоры «хлопнув дверью». 3 месяца назад, будучи пьяным, ударил 5 летнего сына, жена подала на развод, и запретила ему встречаться с сыном. Сейчас живет у матери, но постоянно с ней ругается.

Анамнез жизни

* мать и отец психически здоровы, отец 3 года назад умер от сердечного приступа

* пациент курит и употребляет алкоголь со школьных лет, ежедневно спиртное не употребляет, но может выпить «назло» в случае конфликта, будучи пьяным, ругается на всех, может разбить мебель, однажды разбил свой телефон

* особых увлечений нет, любит общение со сверстниками, но они немного боятся приглашать его в компанию, поскольку он может испортить всем настроение

* на коже левого предплечья множественные старые следы неглубоких надрезов кожи, говорит, что резал себя «в бешенстве»

Объективный статус

Мрачный, смотрит в пол, постоянно делает замечания матери, поскольку считает, что она все неправильно говорит, что она рассказывает много несущественного. Утверждает, что любит жену и сына, хотя они иногда его бесят, чувствует обиду за то, что ему не доверяют, и не разрешают встречаться с ребенком. Обвиняет родителей жены, которые, по его мнению, настроили её против мужа. Сообщает, что старается не пить без особого повода, потому что, «это обычно плохо кончается». Злится на мать за то, что она постоянно его попрекает и «учит жить». Жалуется, что ему скучно и грустно, потому что все от него отвернулись. Просит дать ему каких-нибудь таблеток от вспыльчивости.

Психиатрическое освидетельствование данного больного проводится

- при наличии письменного согласия матери
- только при наличии согласия пациента
- даже при отсутствии письменного согласия, недобровольно
- только при наличии санкции прокурора

Для установления диагноза после проведения клинической диагностической беседы довольно важно провести

- электроэнцефалографическое обследование на фоне гипервентиляции и депривации сна
- магниторезонансную или компьютерную томографию головы
- доплерографическое исследование сосудов головы и шеи
- обследование психологом с применением проективных тестовых методик

У больного имеются признаки психического расстройства, в том числе

- ажитация, пассивный и активный негативизм
- нецеленаправленность мышления и амбивалентность
- дисфории, импульсивные действия, эгоцентризм
- патологические обсессивные влечения

В отношении употребления алкоголя у данного пациента наблюдаются признаки

- физической зависимости от алкоголя
- алкогольной энцефалопатии
- высокой толерантности
- патологических форм опьянения

У пациента наиболее выражены расстройства

- сознания и ориентировки в окружающем
- эмоций и поведения
- восприятия и ощущений
- памяти и абстрактного мышления

По своей природе описанное поведение является проявлением

- стабильного расстройства
- органического поражения мозга
- прогрессирующего заболевания
- эндогенного психоза

В соответствие с критериями МКБ-10 больному следует выставить диагноз

- стабильного расстройства
- органического поражения мозга
- прогрессирующего заболевания
- эндогенного психоза

Диагноз

F60.3 Эмоционально лабильное расстройство личности

F21 Шизотипическое расстройство

F34.8 Другое хроническое (аффективное) расстройство настроения.

F43.1 Посттравматическое стрессорное расстройство

Из лекарственных средств данному больному важнее всего назначить

- ноотропы, витамины и общеукрепляющие средства
- нейролептики или антиконвульсанты
- транквилизаторы или барбитураты
- антидепрессанты или психостимуляторы

Есть все основания назначить больному 10-30 мг

- бромдигидрохлорфенилбензодиазепина (феназепам)
- перициазина (неулептила)
- вальпроевой кислоты
- галоперидола

Для наилучшей адаптации лекарственное лечение следует комбинировать с

- депривацией сна
- групповой психотерапией
- транскраниальной магнитной стимуляцией
- физиотерапией и лечебной физкультурой

Больной принимает в сутки 30 мг перициазина, следует опасаться возникновения

- сухости во рту и лекарственного паркинсонизма
- тошноты, зловонной отрыжки, метеоризма и диареи
- психической и физической зависимости от лекарства
- сухого кашля и бронхоспазма

В случае настойчивого лечения пациента мы можем ожидать в будущем

- сухости во рту и лекарственного паркинсонизма
- тошноты, зловонной отрыжки, метеоризма и диареи

- психической и физической зависимости от лекарства
- сухого кашля и бронхоспазма

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 38 лет осмотрена психиатром после того, как натравила своих собак на группу подростков

Жалобы

Чувствует обиду, подавлена, потому что «попала в западню»

Анамнез заболевания

С детства остро чувствовала несправедливость вокруг себя. Училась прилежно, считала, что учителя занижают ей оценки, так как у неё нет знатных родителей. Имела двух подруг, но полагала, что они не всегда бывают с ней искренни. В институтские годы за ней ухаживал парень, но она порвала с ним все отношения, когда увидела его на улице с однокурсницей. Три раза меняла работу, потому что чувствовала, что все настроены против неё. Ухаживала за больной матерью, запрещала ей есть продукты, которые вредны с её точки зрения. Держала двух сторожевых собак, так как считала, что двум женщинам в квартире жить небезопасно. Постоянно были конфликты с соседями, которые боялись её собак. Подростки часто специально подходят к двери, и дразнили собак, чтобы они начинали лаять. Однажды открыла дверь, и дала команду собакам напасть на подростков.

Анамнез жизни

* отец отличался строгостью и склонностью к ревности, в возрасте 45 лет погиб в автомобильной катастрофе

* мать страдает ревматоидным артритом, инвалид

* пациентка никогда не курила, следит за своим здоровьем, делает упражнения «против ревматоидного артрита»

* менструации с 12 лет, регулярные, половой жизнью не жила

Объективный статус

Понимает, что «перегнула палку», однако утверждает, что во всем виноваты соседи, которые её «окончательно довели». С жаром перечисляет проступки соседей и сослуживцев, которые не соблюдают чистоту, пьянствуют, из злости и зависти стараются обидеть и навредить ей. Жалуется, как ей трудно жить с

больной матерью, обвиняет начальство на работе в том, что они не повышают ей зарплату в соответствие с инфляцией, в том, что специально устанавливают ей неудобный график работы, при котором она не может гулять с собаками вовремя.

Возник вопрос о госпитализации пациентки в психиатрический стационар. В данном случае следует

- обратиться в суд для получения соответствующего решения
- госпитализировать больную на основании коллективной жалобы соседей
- госпитализировать её даже при отсутствии письменного согласия, недобровольно
- обсудить с самой пациенткой её потребность в психиатрической помощи

Для установления диагноза после клинической диагностической беседы довольно важно провести

- обратиться в суд для получения соответствующего решения
- госпитализировать больную на основании коллективной жалобы соседей
- госпитализировать её даже при отсутствии письменного согласия, недобровольно
- обсудить с самой пациенткой её потребность в психиатрической помощи

Результаты обследования

Обследование психологом с применением тестовых методик

Выявлены: повышенная чувствительность к препятствиям, тенденция быть постоянно недовольным, злопамятность, отказ прощать, подозрительность и общая тенденция к искажению нейтрального или дружеского отношения к себе других, которое принимается за враждебное и презрительное, воинственно-щепетильное отношение к вопросам, связанным с правами личности. Когнитивные способности не нарушены.

Магниторезонансная или компьютерная томография головы

Кости черепа не изменены. Структуры мозга симметричны, обычной структуры и плотности. Признаков атрофии и очаговых образований нет.

Электроэнцефалографическое обследование на фоне гипервентиляции и депривации сна

Признаков эпиактивности не выявлено, электрическая активность симметричная, соответствует норме

Допплерографическое исследование сосудов головы и шеи

Скорость кровотока в крупных артериях и венах головы и шеи не изменена

У пациентки наиболее выражены расстройства

- восприятия и ощущений
- мышления и поведения
- сознания и ориентировки в окружающем
- памяти и когнитивной сферы

У пациентки имеются симптомы психического расстройства, в том числе

- парейдолические иллюзии и бред преследования
- фобии и контрастные навязчивости
- сверхценные идеи и эмоциональная ригидность
- негативизм и амбивалентность

По своей природе данное расстройство вероятнее всего относится к

- психотическим
- экзогенным
- функциональным
- органическим

По своей природе описанное поведение является проявлением

- стабильного расстройства
- органического поражения мозга
- прогрессирующего заболевания
- эндогенного психоза

В соответствие с критериями МКБ-10 пациентке следует выставить диагноз

- стабильного расстройства
- органического поражения мозга
- прогрессирующего заболевания
- эндогенного психоза

Диагноз

F60.0 Параноидное расстройство личности

F21 Шизотипическое расстройство

F06.2 Органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство

F34.8 Другое хроническое аффективное расстройство

Из лекарственных средств пациентке полезнее всего назначить

- нейролептики
- антидепрессанты
- тимостабилизаторы
- транквилизаторы

Есть все основания назначить пациентке 1-2 мг

- диазепама
- хлорпромазина
- вальпроевой кислоты
- рисперидона

Для наилучшей адаптации лекарственное лечение следует комбинировать с

- депривацией сна
- групповой психотерапией
- транскраниальной магнитной стимуляцией
- физиотерапией и лечебной физкультурой

Доза рисперидона была повышена до 4 мг в сутки. Следует опасаться возникновения

- тромбоцитопении и лейкоцитопении
- галактореи и прибавки в весе
- психической зависимости от лекарства
- гипертонического криза

В случае настойчивого лечения пациентки мы можем ожидать в будущем

- тромбоцитопении и лейкоцитопении
- галактореи и прибавки в весе
- психической зависимости от лекарства
- гипертонического криза

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Юноша 17 лет пришел на прием к психиатру в сопровождении матери

Жалобы

Больной жалоб не высказывает, мать недовольна его социальной неприспособленностью и непослушанием

Анамнез заболевания

С детства отставал в развитии, ходить начал вовремя, но долго не мог научиться прыгать и ходить по лестнице. Первые слова начал произносить в 3 года, однако до школы речь оставалась примитивной и косноязычной, путал цвета, не мог освоить счет. В школу пошел в 8 лет, учителя рекомендовали обучение в коррекционном классе, однако мать отказалась. Дублировал 2-й класс из-за низкой успеваемости. Всё-таки был переведен в коррекционный класс, где учился на одни «тройки». Учиться не любил, говорил, что ничего не понимает, много времени проводил за играми на компьютере, занимался с отцом спортом. В школе отказались взять его в 10-й класс. Сказал, что не пойдет учиться в колледж, не захотел устраиваться на работу. Утверждал, что его друг зарабатывает дома на компьютере, просил у матери дать ему «стартовый капитал», она оказала. Убежал из дома, и украл деньги отложенные семьей на покупку автомобиля. Вернулся через 3 дня без денег, сказал, что проиграл их на компьютере вместе с другом.

Анамнез жизни

- * единственный ребенок в семье, младший брат умер в младенчестве, среди ближайших родственников никто к психиатрам не обращался
- * однажды явился домой пьяным, мать постоянно находит табак в его карманах
- * первые 3 года жизни получал лечение в связи недостаточностью пищеварительных ферментов, в последние годы пищу усваивает нормально

Объективный статус

На вопросы врачей отвечает неохотно. Заявляет: «я не псих». Примитивно рассуждает о богатстве, обвиняет родителей в том, что они отстали от жизни, что сейчас для того, чтобы быть богатым образование не нужно. Пишет крупным детским почерком с орфографическими ошибками, путает «б» и «д», мягкий знак пропускает или пишет не в том месте. Конкретно трактует смысл пословиц и поговорок, отказывается совершать в уме действия на умножение и деление, говорит «Зачем? Ведь есть же калькулятор в телефоне». Не может понять, почему килограмм гвоздей и килограмм пуха весят одинаково. Различие между птицей и мухой объясняет «птица большая, а муха маленькая, птица ест мух, а муха птиц не ест». Обманов восприятия не выявлено.

Психиатрическое освидетельствование данного больного проводится

- при наличии письменного согласия матери
- даже при отсутствии письменного согласия, недобровольно
- только при наличии санкции прокурора
- только при наличии согласия пациента

Для установления диагноза после клинической диагностической беседы довольно важно провести

- при наличии письменного согласия матери
- даже при отсутствии письменного согласия, недобровольно
- только при наличии санкции прокурора
- только при наличии согласия пациента

Результаты обследования

Обследование психологом с применением психометрических тестов

Выявлены: снижение функций активного и пассивного внимания, низкая способность к опосредованному запоминанию, трудности в трактовке абстрактным понятий, серьезные проблемы при совершении арифметических действий. Уровень IQ – 62%

Магниторезонансная или компьютерная томография головы

Кости черепа не изменены. Структуры мозга симметричны, обычной структуры и плотности. Признаков атрофии и очаговых образований нет.

Количественное определение уровня фенилаланина в крови

Уровень фенилаланина не повышен - 1,6 мг/дл

Допплерографическое исследование крупных сосудов головы и шеи

Скорость кровотока в крупных артериях и венах головы и шеи не изменена

У пациента наиболее выражены расстройства

- памяти и когнитивной сферы
- сознания и ориентировки в окружающем
- эмоций и поведения
- восприятия и ощущений

Продуктивная симптоматика у данного пациента

- выражается в патологическом компульсивном влечении
- отсутствует
- проявляется деперсонализацией
- представлена навязчивыми идеями

По своей природе описанное поведение является проявлением

- стабильного расстройства
- эндогенного психоза
- временной реакции на эмоциональный стресс
- прогрессирующего заболевания

Настоящее расстройство следует трактовать как вариант

- парафилии
- деменции
- олигофрении
- психопатии

В соответствии с критериями МКБ-10 больному следует выставить диагноз

- парафилии
- деменции
- олигофрении
- психопатии

Диагноз

F70.1 Легкая умственная отсталость, значительные поведенческие нарушения

F66.8 Другие расстройства психосоциального развития

F84.4 Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями

F91.1 Несоциализированное расстройство поведения

Для достижения наилучшей адаптации больной нуждается в

- социальном обучении и реабилитации
- психофармакотерапии
- смене семейной обстановки
- приеме общеукрепляющих средств и витаминов

Врач назначил данному пациенту пирацетам в дозе 1200 мг в сутки. Такое лечение вероятнее всего

- приведет к значительному улучшению состояния
- не окажет никакого эффекта
- вызовет неврологические нарушения

- приведет к формированию психической зависимости от лекарства

В течение последующих 2 лет у больного продолжаются конфликты с родителями, уходы из дома, агрессивное поведение и воровство. Есть основания назначить больному небольшую дозу

- транквилизаторов
- антидепрессантов
- нейролептиков
- солей лития

Больному назначили 20 мг перфеназина (этаперазина) в сутки, следует опасаться возникновения

- приступа артериальной гипертонии
- лекарственного паркинсонизма
- мышечной гипотонии
- сухого кашля и бронхоспазма

В случае настойчивого лечения пациента мы можем ожидать в будущем

- приступа артериальной гипертонии
- лекарственного паркинсонизма
- мышечной гипотонии
- сухого кашля и бронхоспазма

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 50 лет находится в отделении челюстно-лицевой хирургии, психиатр вызван по требованию дежурного врача отделения челюстно-лицевой хирургии

Жалобы

Активно медицинских жалоб не высказывает

Анамнез заболевания

Госпитализировался в клинику челюстно-лицевой хирургии накануне утром. Доставлен бригадой скорой медицинской помощи в связи с травмой нижней челюсти и языка. Со слов дежурного медперсонала и по данным медицинской документации больной поступил в отделение в состоянии алкогольного опьянения с травматической ампутации языка («упал на улице и откусил часть языка»). Проведена хирургическая обработка и больной оставлен в отделении для дальнейшего наблюдения. Весь день вел себя спокойно, выполнял все

предписания врачей. Последующую ночь практически не спал, говорил, что его «что-то тревожно». К вечеру следующих суток (в день осмотра психиатром), стал возбужденным, кричал, что у него «разорвется голова», что вокруг все подстроено и никто ему не помогает. Бегал по палате, периодически подбегал к окну, садился на подоконник и никого к себе не подпускал. Попытка забаррикадировать дверь кроватями. Требовал вызвать МЧС. На разъяснения, что он находится в больнице и на уговоры успокоиться не реагировал.

Из анамнеза известно, что пациент на протяжении более 20 лет злоупотребляет спиртными напитками. Последние 10-15 лет пил запоями по 20-30 дней, со светлыми промежутками до 3-4 месяцев. Пил крепкие спиртные напитки (водку, коньяк до 1 – 1,2 литров в сутки). Последний запой около 4-х недель, последний прием спиртного в день настоящей госпитализации.

Анамнез жизни

По данным мед. документации:

- * из родственников никто к психиатрам не обращался, отец умер от рака, матери 80 лет;
- * курит до 2-х пачек сигарет в сутки;
- * служил в рядах СА (проходил службу в Афганистане, участвовал в боевых действиях);
- * в анамнезе несколько ЧМТ, полученных в драках;
- * разведен, живет с матерью;
- * работает сварщиком.

Объективный статус

Возбужден, агрессивен. На контакт с врачом идет крайне неохотно. Речь невнятная в связи с ампутацией части языка. С трудом удается выяснить, что (со слов больного) он «чистил спичкой ухо; спичка выскользнула из рук и попала в мозг», и «там она передвигается и повреждает мозг». Считает, что находится в метро, в медпункте. При предъявлении ему чистого листа, говорит, что на нем написана его автобиография; интересуется откуда окружающие ее знают. Требуется вызвать МЧС, т.к. только они могут «вынуть спичку из мозга» и «во всем разобраться». При просьбе врача поговорить с представителем МЧС, берет выключенный телефон и долго разговаривает по нему, описывая что с ним

произошло. Временами вскакивает с койки, начинает бегать по палате, стуча себя руками по голове.

Психиатрическое освидетельствование данного больного проводится

- только при наличии письменного согласия пациента
- только при наличии судебного решения
- при наличии письменного согласия лечащего врача
- даже при отсутствии письменного согласия пациента

В первую очередь необходимо

- ничего не предпринимать
- вызвать полицию и дожидаться их приезда
- фиксировать больного
- оставить под наблюдением младшего мед. персонала

Для дальнейшего лечения данного пациента следует

- госпитализировать в психосоматическое отделение
- направить в психиатрическое отделение многопрофильной больницы
- направить в психоневрологический диспансер по месту жительства
- оставить в отделении и выполнять назначения психиатра

У данного пациента можно выявить симптом

- Альфельда
- Рейхарта
- Рейтера
- Ровзинга

У больного имеются симптомы психического расстройства, в том числе

- конверсионные симптомы, псевдогаллюцинации, истерическое возбуждение
- псевдогаллюцинации, фобии, навязчивые идеи
- бред, агитация, галлюцинации
- амбивалентность, аутизм, нецеленаправленность мышления

Разговор больного по выключенному телефону – это симптом

- Корсакова
- Липмана
- Бехтерева
- Ашаффенбурга

Поведение больного в первую очередь определяется + _____ + синдромом

- психопатическим
- паранойяльным
- делириозным
- онейроидным

В соответствие с критериями МКБ-10 больному следует выставить диагноз

- психопатическим
- паранойяльным
- делириозным
- онейроидным

Диагноз

F 10.40 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя. Абстинентное состояние с делирием

F10.43 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя. «Профессиональный» делирий

F10.45 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя. Абортивный делирий

F10.44 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя. Люцидный делирий

Для купирования острого психотического состояния, данному больному, в первую очередь, показано назначение

- ноотропных препаратов и психостимуляторов
- тимостабилизаторов и витаминов группы В
- антидепрессантов и антиконвульсантов
- нейролептиков и транквилизаторов

В дальнейшем, после выписки из стационара, для поддержания ремиссии, пациенту целесообразно назначить

- бромокриптин
- хлорпромазин

- налтрексон
- сульфозин

Кроме алкогольного делирия, в настоящее время, принято выделять следующий алкогольный (металкогольный) психоз

- алкогольный палимпсест
- алкогольная гебефрения
- алкогольный галлюциноз
- алкогольный парафренный синдром

+ _____ + является последствием алкогольного делирия

- алкогольный палимпсест
- алкогольная гебефрения
- алкогольный галлюциноз
- алкогольный парафренный синдром

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Молодой человек 27 лет обратился к врачу психиатру-наркологу по инициативе жены, на прием пришел с ней.

Жалобы

На тягу к приему метадона/героина, бессонницу, плохое настроение, тревогу, снижение аппетита

Анамнез заболевания

Впервые наркотические препараты пробовал в 16 лет. В то время употреблял «план», марихуану. Со слов пациента «курил не систематически, в компаниях с друзьями».

В 20 лет впервые попробовал героин. Вначале принимал интраназально, но очень быстро перешел на в/в прием. Через два-три месяца начал употреблять систематически. Постепенно для получения желаемого эффекта доза наркотического препарата увеличивалась. Когда больному было 23 года прошел лечение в наркологической клинике. Не употреблял более трех лет. Женится, успешно работал.

Около года назад возобновил прием героина. Сразу же стал употреблять

внутривенно, очень быстро перешел на систематический прием. Сформировался абстинентный синдром с болями в мышцах, суставах, сниженным настроением, нарушением сна, судорогами, ознобом.

Эпизодически продолжает принимать каннабиноиды. 10 дней до настоящего обращения проходил лечение в «частной наркологической клинике», где «сняли ломку».

Со слов больного, последнее употребление героина, за 10 дней до настоящего обращения.

Анамнез жизни

* Из родственников никто к психиатрам и наркологам не обращался.

* Курит по 1,5 пачки сигарет.

* Из перенесенных заболеваний: детские инфекции; в 23 года диагностирован ХВГ «С».

* Женат, детей нет.

* Работает в типографии.

Объективный статус

Свободно проходит в кабинет для беседы. В разговоре напряжен, несколько тревожен. С неохотой рассказывает об употреблении наркотических препаратов. Говорит, что «сейчас бы не отказался».

За время 20-минутной беседы больной отмечает быструю утомляемость, просит перенести продолжение беседы, так как чувствует сильную усталость.

Концентрация внимания и память на некоторые даты и события снижены.

Искажает данные анамнеза. О некоторых фактах просит не рассказывать жене.

Складывается впечатление, что пациент скрывает некоторые факты из жизни.

Сам не изъявляет активного желания лечиться, однако, супруга настаивает на госпитализации.

При осмотре в области левого локтевого сгиба и предплечья множественные следы от инъекций.

Возможная госпитализация данного пациента возможна только при

- наличии письменного добровольного согласия пациента

- наличии письменного заявления жены
- устном согласии пациента
- настоятельной рекомендации врача

Для последующего обследования и лечения в наркологическом (психиатрическом) стационаре необходимо провести

- наличии письменного добровольного согласия пациента
- наличии письменного заявления жены
- устном согласии пациента
- настоятельной рекомендации врача

Результаты обследования

Анализ крови общий и биохимический общетерапевтический

[cols="^,^",]

|====

а| *Наименование* а| *Нормы* а| *Результат*

а| Гемоглобин а| 130,0 - 160,0 г/л а| 137,0

а| Гематокрит а| 35,0 - 47,0 % а| 41,4

а| Лейкоциты а| 4,00 - 9,00 *10⁹/л а| 10,5

а| Эритроциты а| 4,00 - 5,70 *10¹²/л а| 5,37

а| Тромбоциты а| 150,0 - 320,0 *10⁹/л а| 250,0

а| Лимфоциты а| 17,0 - 48,0 % а| 26,8

а| Моноциты а| 2,0 - 10,0 % а| 7,1

а| Нейтрофилы а| 48,00 - 78,00 % а| 64,9

а| MCV а| 80 – 100 fl а| 95

а| Эозинофилы а| 0,0 - 6,0 % а| 6,1

а| Базофилы а| 0,0 - 1,0 % а| 0,0

а| СОЭ по Панченкову а| 2 – 20 мм/час а| 16

|====

{nbsp}

[cols="^,^",]

|====

а| *Наименование* а| *Нормы* а| *Результат*

а| Белок общий а| 57,0-82,0 г/л а| 78,3

а| Глюкоза а| 4,1-5,9 ммоль/л а| 5,6

а| Креатинин а| 44-115 мкмоль/л а| 100

а| Билирубин общий а| 3,0-21,0 мкмоль/л а| 10,6

а| АСТ а| 0-34 ед/л а| 40

а| АЛТ а| 10-49 ед/л а| 55

а| Амилаза а| 28-100 ед /л а| 90,3

|====

Серологические пробы на сифилис

Серологические пробы на сифилис отрицательные

Серологические реакции на ВИЧ и гепатиты В и С

Реакции на ВИЧ и гепатиты В отрицательные; гепатит С - положительная

Серологические реакции на гепатит Д

Гепатита Д не обнаружено

Компьютерная или магниторезонансная томография головы и шеи

Кости черепа не изменены. Структуры мозга симметричны, обычной структуры и плотности. Признаков атрофии и очаговых образований нет.

Анализ крови на ХГЧ (хорионический гонадотропин человека)

Уровень ХГЧ - 4

На момент осмотра, больного, в соответствии с критериями МКБ-10, следует выставить диагноз

- наличии письменного добровольного согласия пациента
- наличии письменного заявления жены
- устном согласии пациента
- настоятельной рекомендации врача

Диагноз

F 11.2 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов. Синдром зависимости

F 11.1 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов. Неоднократное употребление с вредными последствиями

F 12.3 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления каннабиноидов. Синдром абстиненции

F 11.3 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов. Синдром абстиненции

Ведущим синдромом на момент осмотра пациента является

- синдром патологического влечения к ПАВ
- синдром абстиненции
- ипохондрический
- депрессивный синдром

Перед началом лечения целесообразно провести

- тест Люшера
- одномоментный окклюзионный тест
- тест Купера
- одномоментный иммунохроматографический тест

В абстинентном состоянии, вызванном употреблением опиоидов, можно выявить

- расширенный зрачок, слезотечение, алгические расстройства
- суженный зрачок, сухость кожных покровов, алгические расстройства
- расширенный зрачок, сухость кожных покровов, алгические расстройства
- суженный зрачок, слезотечение, алгические расстройства

Героин, по происхождению, относится к + _____ + опиоидами

- полусинтетическим
- смесовым
- синтетическим
- натуральным

На начальном этапе лечения – основным методом является

- когнитивная психотерапия
- рациональная психотерапия
- заместительная терапия
- психофармакотерапия

Для поддержания ремиссии, пациенту целесообразно назначить

- налтрексон
- тримеперидин
- бупренорфин
- бромокриптин

+ _____ + тест необходимо провести перед назначением налтрексона

- Налоксоновый
- Фагерстрема
- Квантифероновый
- Атропиновый

Определяющим критерием в различии наркоманий и токсикоманий является

- юридический
- социальный
- биологический
- медицинский

+ _____ + является препаратом выбора при передозировке веществами опийной группы

- юридический
- социальный
- биологический
- медицинский

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 55 лет находится в терапевтическом отделении, психиатр вызван по инициативе дежурного врача-терапевта

Жалобы

Активно медицинских жалоб не высказывает

Анамнез заболевания

Госпитализировался в терапевтическую клинику для планового обследования, накануне. Со слов дежурного медперсонала, первые сутки вел себя спокойно (сдал кровь, сделал УЗИ), ночь практически не спал, говорил, что ему «что-то тревожно». К вечеру следующих суток, стал возбужденным, кричал что вокруг «бандиты» (хотя в палате никого не было), отстреливался из несуществующего пистолета. Пытался забаррикадировать дверь кроватями. Требовал вызвать ОМОН. Считал, что пришел «в сберкасса за получкой, а тут вооруженные бандиты». На разъяснения, что он находится в больнице и на уговоры успокоиться не реагировал.

Из анамнеза известно, что пациент на протяжении более 20 лет злоупотребляет спиртными напитками. Последние 10-15 лет пил запоями по 20-30 дней, со светлыми промежутками до 3-4 месяцев. Пил крепкие спиртные напитки (водку, коньяк до 1 – 1,2 литров в сутки). Последний запой около 4-х недель, последний прием спиртного за день до настоящей госпитализации.

Анамнез жизни

* Из родственников никто к психиатрам не обращался, отец умер от рака, матери 80 лет.

* Курит до 2-х пачек сигарет в сутки.

* Служил в рядах СА (проходил службу в Афганистане, учувствовал в боевых действиях).

* В анамнезе ЧМТ (контузия) 35 лет назад.

* Женат, есть сын; живет с женой.

* Работает в ГБУ Жилищник.

Объективный статус

* Возбужден, агрессивен. Дезориентирован в месте, времени (считает, что находится в банке). Постоянно оглядывается, временами вскидывает руки, как при стрельбе, говорит, что «всех уничтожил, остался один бандит». Обвиняет окружающих в пособничестве бандитам. Временами к чему-то прислушивается. Уверен, что участвует в ограблении. На контакт с врачами идет крайне неохотно. Говорит, «неужели вы не видите, что он убегает; помогите поймать». Через некоторое время истощается. При просьбе прочитать что написано на бумаге (предъявлен чистый лист), говорит, что это «ориентировка на бандитов», где описаны их приметы. После долгих уговоров, соглашается, хоть и с неохотой, проехать с врачом и медперсоналом «для дачи показаний в милицию».

* По данным медицинской документации, тяжелой соматической патологии на момент осмотра у данного больного не выявлено.

Психиатрическое освидетельствование данного больного проводится

- даже при отсутствии письменного согласия пациента
- только при наличии письменного согласия пациента
- только при наличии судебного решения
- при наличии письменного согласия близкого родственника

Для дальнейшего лечения данного пациента следует

- оставить в терапевтическом стационаре и выполнять назначения психиатра
- госпитализировать в психиатрический стационар
- направить в психосоматическое отделение многопрофильной больницы
- направить в психоневрологический диспансер по месту жительства

Для дальнейшего обследования и лечения в психиатрическом (наркологическом) стационаре необходимо провести (или взять из терапевтического отделения)

- оставить в терапевтическом стационаре и выполнять назначения психиатра
- госпитализировать в психиатрический стационар
- направить в психосоматическое отделение многопрофильной больницы
- направить в психоневрологический диспансер по месту жительства

Результаты обследования

Анализ крови общий и биохимический общетерапевтический

[cols=" , ^, ^",]

|====

a| *Наименование* a| *Нормы* a| *Результат*

a| Гемоглобин a| 130,0 - 160,0 г/л a| 137,0

a| Гематокрит a| 35,0 - 47,0 % a| 41,4

a| Лейкоциты a| 4,00 - 9,00 *10⁹/л a| 10,5

a| Эритроциты a| 4,00 - 5,70 *10¹²/л a| 5,37

a| Тромбоциты a| 150,0 - 320,0 *10⁹/л a| 160,0

a| Лимфоциты a| 17,0 - 48,0 % a| 26,8

a| Моноциты a| 2,0 - 10,0 % a| 7,1

a| Нейтрофилы a| 48,00 - 78,00 % a| 64,9

a| MCV a| 80 – 100 fl a| 110

a| Эозинофилы a| 0,0 - 6,0 % a| 6,1

a| Базофилы a| 0,0 - 1,0 % a| 0,0

a| СОЭ по Панченкову a| 2 – 20 мм/час a| 16

|====

{nbsp}

[cols="^,^",]

|====

a| *Наименование* a| *Нормы* a| *Результат*

a| Белок общий a| 57,0-82,0 г/л a| 78,3

a| Глюкоза a| 4,1-5,9 ммоль/л a| 5,6

a| Креатинин a| 44-115 мкмоль/л a| 100

a| Билирубин общий a| 3,0-21,0 мкмоль/л a| 10,6

a| АСТ a| 0-34 ед/л a| 60

a| АЛТ a| 10-49 ед/л a| 65

a| Амилаза a| 28-100 ед /л a| 90,3

|====

Серологические пробы на сифилис

Серологические пробы на сифилис отрицательные

Серологические реакции на ВИЧ и гепатиты В и С

Реакции на ВИЧ и гепатиты В и С отрицательные

Количественное определение ионов лития в плазме крови

Ионов лития в плазме менее 0,05 ммоль/л

Компьютерная или магниторезонансная томография головы и шеи

Кости черепа не изменены. Структуры мозга симметричны, обычной структуры и плотности. Признаков атрофии и очаговых образований нет.

Определение МНО (международное нормализованное отношение) крови

МНО крови составляет 1,3

У данного пациента выявляется симптом

- Малера
- Шихена
- Рейхарта
- Альфельда

У больного имеются симптомы психического расстройства, в том числе

- амбивалентность, аутизм, нецеленаправленность мышления
- галлюцинации, психомоторное возбуждение, бред
- псевдогаллюцинации, фобии, навязчивые идеи
- конверсионные симптомы, псевдогаллюцинации, истерическое возбуждение

По этиологии данное расстройство вероятнее всего относится к

- экзогенным
- наследственным
- психогенным

- нейрогенным

Поведение больного в первую очередь определяется + _____ + синдромом

- корсаковским
- сенестопатическим
- делириозным
- паранойяльным

В соответствие с критериями МКБ-10 больному следует выставить диагноз

- корсаковским
- сенестопатическим
- делириозным
- паранойяльным

Диагноз

F 10.40 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя. Абстинентное состояние с делирием

F10.43 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя. «Профессиональный» делирий

F10.45 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя. Abortивный делирий

F10.44 Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя. Люцидный делирий

Выявленные повышенные значения + _____ + говорят в пользу длительного злоупотребления алкоголем

- креатинина
- АСТ/АЛТ
- лейкоцитов
- эозинофилов

Правильнее всего начать лечение с

- психофармакотерапии

- рациональной психотерапии
- инсулинотерапии
- когнитивной психотерапии

Для купирования острого психотического состояния у данного больного возможно назначение препаратов + _____ + ряда

- хинолонового
- сульфаниламидного
- бензодиазепинового
- дигидропиридинового

+ _____ + является последствием алкогольного делирия

- хинолонового
- сульфаниламидного
- бензодиазепинового
- дигидропиридинового

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 34 лет пришел к психиатру в сопровождении жены

Жалобы

На стойкую бессонницу, тревогу, чувство преследования

Анамнез заболевания

До 32 лет никаких особенностей в поведении не наблюдалось, работал, обеспечивал жену и ребенка. 2 года назад появилась тревога, заявил жене, что на работе его обвиняют в растрате денег, хотя сотрудники говорили, что это не так, по настоянию начальника взял отпуск, но тревога сохранялась. Прошел амбулаторно курс лечения оланзапином, все расстройства исчезли, вернулся на работу, понял, что ему всё показалось, благодарил врача за помощь. Полгода назад прекратил прием лекарств, продолжал работать. Стал каким-то скучным и пассивным, много сидел у телевизора, выполнял только ту работу, которую ему поручала жена. Две недели назад один уехал на дачу, не отвечал на звонки, вернулся после полуночи, много курил. Утром уезжал на машине на работу, но с работы звонили и спрашивали, почему он не пришел. Часто стоял у окна и рассматривал тех, кто входит в подъезд. Накануне пытался скрыться от «преследователей» на машине, попал в аварию, бросил машину и убежал домой.

Анамнез жизни

- * Сестра матери страдает хроническим психическим заболеванием.
- * Пациент имеет высшее техническое образование, работает в компании, обеспечивающей связь.
- * Всегда отличался общительностью и активностью, имел много друзей.
- * Курит со школьных лет, в компании друзей иногда злоупотреблял алкоголем.
- * Хронических соматических заболеваний нет, в юности занимался греблей.

Объективный статус

С недоверием рассматривает врачей, обращает внимание на всех проходящих мимо, на вопросы отвечает с задержкой, иногда, после повторения вопроса. Заявляет, что ему неспокойно на душе, так как он не может понять, что происходит. Уверен, что видел у своего подъезда каких-то опасных людей и черные машины, не может сказать, кто они такие и чего хотят. Заявляет, что он «под колпаком». На даче видел, что «все поменялось», но не может сказать, что именно. В метро казалось, что люди шепотом называют его имя. Описывает, что накануне видел, как из всех переулков ему наперерез выезжали какие-то машины, не мог от них скрыться, казалось, что полицейские с ними заодно. Убежден, что на светофорах специально включали красный свет, чтобы помешать ему проехать, поэтому вынужден был ехать на красный свет.

Психиатрическое освидетельствование данного больного проводится

- только при наличии письменного согласия пациента
- даже при отсутствии письменного согласия пациента
- при наличии письменного согласия жены
- только при наличии судебного решения

Дальнейшее лечение данного пациента следует проводить

- в условиях обычного психиатрического стационара
- амбулаторно в психоневрологическом диспансере по месту жительства
- в условиях дневного стационара психиатрического профиля
- там, где пожелает больной

Для пребывания, обследования и лечения в психиатрическом стационаре необходимо провести больному

- в условиях обычного психиатрического стационара

- амбулаторно в психоневрологическом диспансере по месту жительства
- в условиях дневного стационара психиатрического профиля
- там, где пожелает больной

Результаты исследования

Анализ крови общий и биохимический общетерапевтический

[cols=" ,^,^",]

|====

a| *Наименование* a| *Нормы* a| *Результат*

a| Гемоглобин a| 117,0 - 180,0 a| 160,0

a| Гематокрит a| 35,0 - 52,0 a| 49,2

a| Лейкоциты a| 4,00 - 11,00 a| 10,3

a| Эритроциты a| 4,00 - 6,10 a| 6,03

a| Тромбоциты a| 150,0 - 450,0 a| 309,0

a| Лимфоциты a| 17,0 - 44,0 a| 34,0

a| Моноциты a| 2,0 - 12,0 a| 8,7

a| Нейтрофилы a| 45,00 - 72,00 a| 49,0

a| Эозинофилы a| 0,0 – 5,0 a| 4,8

a| Базофилы a| 0,0 - 2,0 a| 1,2

a| СОЭ по Панченкову a| 2 - 20 a| 6

|====

{nbsp}

[cols=" ,^,^",]

|====

a| *Наименование* a| *Нормы* a| *Результат*

а| Белок общий а| 57,0-82,0 а| 68,2

а| Глюкоза а| 4,1-5,9 а| 4,6

а| Креатинин а| 44-115 а| 63

а| Билирубин общий а| 3,0-21,0 а| 6,6

а| АСТ а| 0-34 а| 15

а| АЛТ а| 10-49 а| 22

а| Амилаза а| 28-100 а| 46,3

|====

Серологические пробы на сифилис

Серологические пробы на сифилис отрицательные

Серологические реакции на ВИЧ и гепатиты В и С

Реакции на ВИЧ и гепатиты В и С отрицательные

Осмотр терапевтом с выдачей заключения о соматическом здоровье пациента

Кожные покровы обычной окраски. Жалоб на соматическое здоровье нет. АД – 110/70. Пульс – 76 в мин. Стул регулярный.

Признаков соматической патологии не выявлено.

Количественное определение ионов лития в плазме крови

Ионов лития в плазме менее 0,05 ммоль/л

Люмбальная пункция для анализа цереброспинальной жидкости

Ликвор прозрачный, вытекает быстрыми каплями, плотность – 1,004, белка 0,28 г/л, цитоз – 4 клетки в 1 мкл

Продуктивные психические расстройства у больного

- представлены навязчивыми страхами и компульсиями
- истощаются расстройствами аффективного спектра
- выражаются сверхценными и паранойяльными конструктами
- проявляются растерянностью, бредом и дереализацией

Негативные психические расстройства у больного

- выражаются ухудшением понимания
- отсутствуют
- проявляются дефицитом воли и эмоций
- представлены истощаемостью и недержанием эмоций

Настоящее состояние больного соответствует понятию синдрома

- острого чувственного бреда
- делириозного помрачения сознания
- хронического параноидного
- острого маниакально-бредового

По этиологии данное расстройство вероятнее всего относится к

- эндогенным
- экзогенным
- соматогенным
- психогенным

В соответствии с критериями МКБ-10 больному следует выставить диагноз

- эндогенным
- экзогенным
- соматогенным
- психогенным

Диагноз

F20.01 Параноидная шизофрения, тип течения эпизодический с нарастающим дефектом

F23.1 Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении

F41.01 Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога) тяжелое

F30.21 Мания с психотическими симптомами, несоответствующими настроению

Пациенту показано назначение

- нейролептиков
- антидепрессантов
- тимостабилизаторов
- транквилизаторов

Есть все основания назначить больному 20-75 мг

- зуклопентиксола
- диазепама
- рисперидона
- амисульприда

Больной принимает в сутки 75 мг зуклопентиксола, следует опасаться возникновения

- акатизии и лекарственного паркинсонизма
- бронхоспазма и обструктивного бронхита
- возникновения эпилептических припадков
- приступа артериальной гипертонии

После месячного курса лечения у больного исчезли бредовые идеи, частично восстановилась критика, сохраняется некоторая монотонность речи и пассивность. Следует

- акатизии и лекарственного паркинсонизма
- бронхоспазма и обструктивного бронхита
- возникновения эпилептических припадков
- приступа артериальной гипертонии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Дежурный психиатр вызван медицинской сестрой к пациентке 66 лет около 12 часов ночи.

Жалобы

Активно медицинских жалоб не высказывает

Анамнез заболевания

Больная поступила в психиатрическую клинику за две недели до настоящего осмотра с диагнозом «депрессивный эпизод средней степени тяжести». На протяжении двух недель получала amitriptyline в дозе 100 мг в сутки (утром 25 мг, днем 25 мг, вечером 50 мг), lamotrigine до 200 мг в сутки, fenazepam 1

мг на ночь, гидроксизин (атаракс) до 75 мг в сутки. Два дня назад доза амитриптилина была увеличена до 150 мг в сутки (25 утром, 25 днем и 100 мг н/ночь). Со слов дежурного мед персонала утром больная растеряна, тревожна, долго не могла собраться на завтрак, искала какие-то вещи. В дальнейшем в течении дня ничем на себя внимание не привлекала, вела себя спокойно. Через некоторое время после приема вечерних препаратов стала суетлива, перебирала свои вещи, разговаривала с несуществующими людьми; ругалась, требовала всех выйти из квартиры.

При поступлении осмотрена терапевтом: данных за соматическую патологию не выявлено.

Анамнез жизни

По записям из истории болезни:

* из родственников никто к психиатрам не обращался, отец умер от сердечно-сосудистого заболевания в возрасте 78 лет, матери 80 лет;

* курит до 1 пачки сигарет в сутки, алкоголем не злоупотребляет;

* замужем, живет с мужем, есть сын;

* работает преподавателем.

Объективный статус

* Активно идет на беседу. Точно указывает свое имя, возраст. С порога палаты заявляет, что находится в квартире у сына, который в отъезде («уехал отмечать Новый год»). Считает, что сейчас зима, хотя на самом деле апрель. Говорит, что пришла к сыну домой посмотреть квартиру, а там друзья сына и не хотят уходить. Требуется вызвать милицию. Указывая в пустой угол палаты говорит «вон-вон он там сидит. Уходи, уходи домой, уже поздно». Не поддается переубеждению, что она находится в больнице и одна в палате. Считает врача соседом сына. При просьбе прочитать что написано на пустом листе бумаги, после непродолжительной паузы заявляет: «это мое заявление в милицию». Через некоторое время успокаивается, говорит, что больше ничего не скажет до приезда милиции. После долгих уговоров соглашается принять лекарство «чтобы успокоиться».

* В соматическом статусе: АД 140/80 мм.рт.ст, ЧСС – 68 в мин, Т – 36,8°С

У больной имеются симптомы психического расстройства, в том числе

- галлюцинации, бред
- фобии, навязчивые идеи
- конверсионные симптомы, бред
- псевдогаллюцинации, психомоторное возбуждение

Чтение несуществующего текста на чистом листе бумаги является симптомом

- Ашаффенбурга
- Альфельда
- Рейхарта
- Малера

Симптом + _____ + часто наблюдается у больных с галлюцинациями

- Липмана
- Лахмана
- Кернига
- Лермитта

По этиологии данное расстройство вероятнее всего относится к

- нейрогенным
- психогенным
- эндогенным
- экзогенным

Поведение больной в первую очередь определяется + _____ + синдромом

- сенестопатическим
- паранойяльным
- делириозным
- параноидным

Данное состояние следует расценивать как + _____ + делирий

- на фоне деменции
- люцидный
- фармакологический
- сосудистый

На момент осмотра, в соответствии с критериями МКБ-10, больной можно выставить диагноз

- на фоне деменции

- люцидный
- фармакологический
- сосудистый

Диагноз

F 05 Делирий, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами

F06.2 Органическое бредовое расстройство

F01.0 Сосудистая деменция с острым началом

F44 Диссоциативное (конверсионное) расстройство

Делирий, скорее всего, вызван приемом

- феназепама
- amitриптилина
- гидроксизина
- ламотриджина

Данной больной необходимо

- снизить дозу amitриптилина
- продолжить прием терапии под динамическим наблюдением врача
- к проводимой терапии добавить нейролептики
- полностью отменить amitриптилин

+ _____ + не являются типичными побочными явлениями при приеме трициклических антидепрессантов

- Повышение артериального давления, слюнотечение, полиурия
- Седация, прибавка веса, судорожные состояния
- Нарушение зрения, сухость во рту, запоры
- Альфа-адренергическая блокада, ортостатическая гипотензия, брадиаритмия

Психофармакологический делирий при адекватном лечении как правило

- разрешается без последствий
- приводит к энцефалопатии
- приводит к формированию Корсаковского синдрома

- вызывает соматизированное расстройство

При возбуждении больной возможна ее фиксация. О фиксации больной решение принимает

- разрешается без последствий
- приводит к энцефалопатии
- приводит к формированию Корсаковского синдрома
- вызывает соматизированное расстройство

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 35 лет находится в хирургическом отделении, психиатр вызван по инициативе лечащего врача-хирурга

Жалобы

На тяжесть в правой половине живота, отсутствие аппетита, отрыжку, горечь во рту, запор

Анамнез заболевания

К психиатрам никогда не обращался. Около полугода назад почувствовал недомогание, снижение аппетита, пища стала горьковатой и неприятной, резко ухудшился сон, просыпался в 4 часа ночи и не мог больше заснуть. Обращался к врачам, но они не находили признаков соматического заболевания. За полгода похудел на 12 кг. Уволился с работы, потому что не мог выполнять свои обязанности, а больничный лист ему не давали, так как не находили болезни. Обращался к частным врачам, они назначали общеукрепляющие средства и диету, но чувствовал себя только хуже. 3 дня назад вызвал «скорую помощь» с жалобами на резкую боль в правом подреберье и был госпитализирован. Признаков острой хирургической патологии не обнаружено, однако больной стонал от боли, обвинял врачей в том, что они скрывают от него «страшный диагноз». Отказывался покинуть стационар, угрожал выброситься из окна.

Анамнез жизни

* из родственников никто к психиатрам не обращался, отец умер от рака, матери 70 лет, 2 старшие сестры здоровы

* раньше частенько выпивал, но последние полгода спиртное не употребляет совсем

* женат никогда не был

* живет с матерью, работает слесарем в авторемонтной мастерской

Объективный статус

Отказывается беседовать с психиатром. Обвиняет врачей-хирургов в том, что они его обманывают. Уверен, что болен раком, сам ощупывает живот и находит у себя в области печени опухоль размером с кулак. Чувствует, что от него исходит запах гниения. Заявляет, что «все в этой жизни немоло», не способен думать ни о чем, кроме своего здоровья. Не может усидеть на месте, начинает стонать, просит что-то сделать немедленно.

Психиатрическое освидетельствование данного больного проводится

- только при наличии письменного согласия пациента
- только при наличии судебного решения
- при наличии письменного согласия близкого родственника
- даже при отсутствии письменного согласия пациента

Для дальнейшего лечения данного пациента следует

- направить в психосоматическое отделение многопрофильной больницы
- направить в психоневрологический диспансер по месту жительства
- госпитализировать в психиатрический стационар
- оставить в хирургическом стационаре и выполнять назначения психиатра

Для дальнейшего обследования и лечения в психиатрическом стационаре необходимо получить из хирургического стационара или провести самостоятельно

- направить в психосоматическое отделение многопрофильной больницы
- направить в психоневрологический диспансер по месту жительства
- госпитализировать в психиатрический стационар
- оставить в хирургическом стационаре и выполнять назначения психиатра

Результаты обследования

Анализ крови общий и биохимический общетерапевтический

|====

a| *Наименование* a| *Нормы* a| *результат*

a| Гемоглобин a| 130,0 - 160,0 a| 137,0

a| Гематокрит a| 35,0 - 47,0 a| 41,4

а| Лейкоциты а| 4,00 - 9,00 а| 6,5
а| Эритроциты а| 4,00 - 5,70 а| 5,37
а| Тромбоциты а| 150,0 - 320,0 а| 305,0
а| Лимфоциты а| 17,0 - 48,0 а| 26,8
а| Моноциты а| 2,0 - 10,0 а| 7,1
а| Нейтрофилы а| 48,00 - 78,00 а| 64,9
а| Эозинофилы а| 0,0 - 6,0 а| 1,2
а| Базофилы а| 0,0 - 1,0 а| 0,0
а| СОЭ по Панченкову а| 2 - 20 а| 8

|====

|====

а| *Наименование* а| *Нормы* а| *результат*

а| Белок общий а| 57,0-82,0 а| 78,3
а| Глюкоза а| 4,1-5,9 а| 5,6
а| Креатинин а| 44-115 а| 94
а| Билирубин общий а| 3,0-21,0 а| 3,6
а| АСТ а| 0-34 а| 23
а| АЛТ а| 10-49 а| 22
а| Амилаза а| 28-100 а| 64,3

|====

Серологические пробы на сифилис

Серологические пробы на сифилис отрицательные

Серологические реакции на ВИЧ и гепатиты В и С

Реакции на ВИЧ и гепатиты В и С отрицательные

Заключение терапевта о соматическом здоровье пациента

Кожные покровы сухие, бледные. Язык обложен беловатым налетом. Стул 1 раз в 2 дня скудный. Пульс – 100 ударов в мин, ритмичный. АД – 155/100 мм рт ст. При аускультации органов грудной клетки патологии не обнаружено. Живот при пальпации обычный, жалобы на болезненность при пальпации во всех отделах. Печень обычных размеров. Признаков органического поражения внутренних органов не обнаружено.

Количественное определение ионов лития в плазме крови

Ионов лития в плазме менее 0,05 ммоль/л

Компьютерная или магниторезонансная томография головы и шеи

Кости черепа не изменены. Структуры мозга симметричны, обычной структуры и плотности. Признаков атрофии и очаговых образований нет.

У больного имеются симптомы психического расстройства, в том числе

- амбивалентность, аутизм, нецеленаправленность мышления
- фобии, компульсии, фантомные боли и навязчивые идеи
- конверсионные симптомы и истерическое возбуждение
- ангедония, галлюцинации, ажитация, бред

Поведение больного в первую очередь определяется тяжелым

+ _____ + синдромом

- сенестопатическим
- паранойяльным
- депрессивным
- дисморфофобическим

В соответствии с критериями МКБ-10 больному следует выставить диагноз

- сенестопатическим
- паранойяльным
- депрессивным
- дисморфофобическим

Диагноз

F32.3 Тяжелый депрессивный эпизод с психотическими симптомами

F23.0 Острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении

F45.32 Соматоформная вегетативная дисфункция нижней части желудочно-кишечного тракта

F33.2 Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелый без психотических симптомов

Правильнее всего начать лечение с

- психофармакотерапии
- депривации сна
- электросудорожной терапии
- когнитивной психотерапии

Пациенту показано назначение

- бензодиазепиновых транквилизаторов и солей лития
- нейролептиков и бензодиазепиновых транквилизаторов
- солей лития и антидепрессантов
- антидепрессантов и нейролептиков

Для коррекции расстройств сна больному лучше всего назначить

- 20-60 мг диазепама
- 5-15 мг хлорпромазина
- 100-300 мг кветиапина
- 10-30 мг флюоксетина

Больной принимает в сутки 150 мг amitриптилина и 400 мг кветиапина, следует опасаться возникновения

- задержки мочеиспускания
- приступа артериальной гипертензии
- брадикардии и бронхоспазма
- диареи и обезвоживания

На фоне приема amitриптилина у больного возникла опасная задержка мочеиспускания, лучше всего заменить этот препарат на

- имипрамин
- миртазапин
- рисперидон
- кломипрамин

В будущем у данного больного мы с высокой вероятностью ожидаем

- имипрамин
- миртазапин
- рисперидон
- кломипрамин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 67 лет направлен к психиатру участковым неврологом, пришел в сопровождении жены

Жалобы

На плохую память, выраженную утомляемость, снижение работоспособности

Анамнез заболевания

Работоспособность существенно снизилась в течение последнего года. Стал обращать внимание на своё здоровье после того, как год назад перенес кратковременный эпизод, когда отмечалась нечеткость речи и легкая асимметрия лица. Наблюдался у невролога, принимал антиагреганты, ницерголин, винпоцетин. На фоне повышения артериального давления часто беспокоили головные боли, головокружение. Сон поверхностный с частыми пробуждениями, часто дремлет днем, может задремать на работе. Состояние резко ухудшается при переменах погоды, заметил, что стал реагировать на «магнитные бури». Перестал надеяться на свою память, всё записывает, во время чтения должен вернуться на несколько страниц назад, чтобы вспомнить суть написанного. Путает имена внуков, невесток. По несколько раз рассказывает родственникам одно и то же. Чувствует неудобство, когда ему говорят, что он это уже рассказывал. Все эти расстройства медленно нарастают. Последний месяц на работе ему стали намекать, что пора уже увольняться. Расстроился и решил лечиться у невролога. Невролог признаков инсульта не обнаружил, направил его к психиатру.

Анамнез жизни

* к психиатру обращается впервые, среди ближайших родственников у психиатра никто не лечился, мать умерла от инсульта, отец от рака кишечника

* женат, имеет троих взрослых сыновей и 5 внуков

* много лет курил, алкоголь употреблял умеренно, год назад по совету невролога бросил курить, прекратил употреблять алкоголь

* с 45 лет наблюдается по поводу гипертонической болезни, постоянно принимает гипотензивные средства и бета-блокаторы, при этом давление иногда повышается до 180/100 мм.рт.ст.

* два года назад обнаружено периодическое повышение уровня глюкозы в крови до 7,5 ммоль/л, на фоне соблюдения диеты уровень глюкозы снизился, но не достиг нормы

Объективный статус

Охотно отвечает на вопросы врача, встревожен своей беспомощностью и нарушениями памяти. Рассказывает о себе многословно, приводит множество несущественных деталей, часто повторяет одну и ту же мысль. Раздражается, когда жена просит его говорить короче, повышает голос, заявляет «я сам знаю, что надо говорить». Вспоминает мать, которая умерла 20 лет назад, при этом на глаза наворачиваются слёзы. По просьбе врача правильно называет текущую дату, но ошибается и говорит, что сейчас 2009 год. Когда его поправляют, расстраивается, начинает плакать, говорит «вот видите, доктор». Пишет медленно, без ошибок, почерк неровный. Правильно располагает стрелки на нарисованном циферблате, однако всё время просит напомнить, какое время он должен изобразить. Счет по Крепелину начинает выполнять правильно, хотя очень медленно, однако быстро устает, начинает путаться, просит прекратить выполнение задания. Из 10 слов после трёх повторений может воспроизвести только 8. Просит о помощи, не хотел бы прекращать работу.

Психиатрическое освидетельствование данного больного проводится

- даже при отсутствии письменного согласия, недобровольно
- только при наличии санкции прокурора
- при наличии письменного согласия жены
- только при наличии согласия пациента

Продуктивные психические расстройства у данного больного представлены

- навязчивыми мыслями и паническими атаками
- конверсионными расстройствами
- гипотимией и раздражительностью
- дереализацией и деперсонализацией

Негативные психические расстройства у данного больного проявляются

- полной утратой способности к запоминанию с антеро-ретроградной амнезией
- умеренными мнестико-интеллектуальными расстройствами
- грубыми изменениями личности с нарушением поведенческого контроля
- нецеленаправленностью мышления и психическим автоматизмом

По своей природе данное расстройство вероятнее всего относится к

- психогенным
- органическим
- психотическим
- функциональным

Повреждение мозга у данного больного вероятнее всего

- локализовано в правой теменной доле
- затрагивает лобные доли мозга
- является диффузным
- локализовано в левой височной доле

Расстройства у пациента укладываются в понятие

- корсаковского амнестического синдрома
- концентрического (эпилептического) слабоумия
- лакунарного (дисмнестического) слабоумия
- астенического синдрома

Согласно стандарту, для установления диагноза больному следует провести

- корсаковского амнестического синдрома
- концентрического (эпилептического) слабоумия
- лакунарного (дисмнестического) слабоумия
- астенического синдрома

Результаты обследования

Анализ крови общий и биохимический общетерапевтический

|====

а| *Наименование* а| *Нормы* а| *результат*

а| Гемоглобин а| 130,0 - 160,0 а| 144,0

а| Гематокрит а| 35,0 - 47,0 а| 41,8
а| Лейкоциты а| 4,00 - 9,00 а| 6,3
а| Эритроциты а| 4,00 - 5,70 а| 5,09
а| Тромбоциты а| 150,0 - 320,0 а| 331,0
а| Лимфоциты а| 17,0 - 48,0 а| 44,8
а| Моноциты а| 2,0 - 10,0 а| 7,1
а| Нейтрофилы а| 48,00 - 78,00 а| 43,5
а| Эозинофилы а| 0,0 - 6,0 а| 1,3
а| Базофилы а| 0,0 - 1,0 а| 0,7
а| СОЭ по Панченкову а| 2 - 20 а| 6

|====

|====

а| *Наименование* а| *Нормы* а| *результат*
а| Белок общий а| 57,0-82,0 а| 63,2
а| Глюкоза а| 4,1-5,9 а| 6,5
а| Креатинин а| 44-115 а| 63
а| Билирубин общий а| 3,0-21,0 а| 7,9
а| АСТ а| 0-34 а| 15
а| АЛТ а| 10-49 а| 22
а| Амилаза а| 28-100 а| 46,3

|====

Электрокардиографическое обследование

Признаки гипертрофии левого желудочка и легкие нарушения внутрисердечной проводимости

Магниторезонансная томография головы

Структуры мозга симметричны, грубых очаговых образований не выявлено, желудочки мозга обычных размеров, выявляются множественные мелкие очаги разряжения в белом и корковом веществе, расширение периваскулярных пространств

Осмотр терапевтом для дачи заключения о соматическом здоровье пациента

АД – 150/100. Пульс – 88 в мин, акцент 2-го тона над аортой. Со стороны органов дыхания и пищеварения нарушений не выявлено.

Заключение: гипертоническая болезнь, 2-я стадия. Сахарный диабет 2-го типа I степень

Количественное определение экскреции 17-кетостероидов и 17-оксикортикостероидов в суточной моче

Показатели в пределах нормы 17-КС – 32 мкмоль/сут, 17-ОКС – 8 мкмоль/сут

Люмбальная пункция для анализа цереброспинальной жидкости

Ликвор прозрачный, вытекает быстрыми каплями, плотность – 1,004, белка 0,28 г/л, цитоз – 3 клетки в 1 мкл

По этиологии данное расстройство вероятнее всего относится к

- психогенным
- соматогенным
- экзогенным
- эндогенным

В соответствие с критериями МКБ-10 больному следует выставить диагноз

- психогенным
- соматогенным
- экзогенным
- эндогенным

Диагноз

F01.3 Смешанная корковая и подкорковая сосудистая деменция

F06.9 Неуточненное психическое расстройство вследствие повреждения и дисфункции головного мозга и физической болезни

F07.0 Органическое расстройство личности

F02.8 Деменция при других уточненных заболеваниях, классифицируемых в других разделах

В лечении данного пациента важно сочетать

- транквилизаторы с витаминами и растительными успокаивающими средствами
- ноотропные препараты и средства, улучшающие кровоснабжение мозга
- психотерапию с антидепрессантами
- атипичные нейролептики с физиотерапевтическими процедурами и лечебной физкультурой

У пациента есть показания к назначению

- флувоксамина и экстракта травы Зверобоя продырявленного
- ламотриджина и экстракта травы пассифлоры
- мемантина и экстракта листьев Гингко билоба
- рисперидона и экстракта валерианы

У данного больного заболевание в дальнейшем, вероятнее всего, будет протекать

- флувоксамина и экстракта травы Зверобоя продырявленного
- ламотриджина и экстракта травы пассифлоры
- мемантина и экстракта листьев Гингко билоба
- рисперидона и экстракта валерианы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 34 лет пришла на прием к психиатру в сопровождении мужа

Жалобы

На повышенную чувствительность, которая приводит к головным болям, сердцебиению, головокружению, чувству «ватных ног» в ситуации напряжения и стресса

Анамнез заболевания

Чувствует себя плохо в течение последних полутора месяцев. Связывает ухудшение состояния с ремонтом, который они сделали дома. С рождения сына спала с ним в одной комнате, однако сыну исполнилось 7 лет, и муж потребовал, чтобы она спала с ним в их спальне, они также решили отремонтировать квартиру. После переезда в общую спальню часто стала испытывать тяжесть за грудиной, одышку, сердцебиение. Не могла заснуть, просила мужа поспать на кухне, иногда не могла выйти на работу, так как не спала всю ночь. Муж пациентки, будучи врачом, заподозрил аллергию или отравление краской. Было проведено подробное обследование, однако терапевты и аллергологи ничего не смогли выявить. По их рекомендации обратились к психиатру

Анамнез жизни

* среди ближайших родственников никто к психиатрам не обращался, родители больной живы и здоровы, братьев и сестер нет

* короткое время в подростковом возрасте наблюдалась у гинеколога по поводу нерегулярных и болезненных менструаций

* в школьные годы курила, алкоголь употребляет по праздникам, других психоактивных веществ не принимала

* происходит из семьи врачей, поступила в медицинский вуз, хотя не испытывала особенного интереса к медицине, стремилась сделать карьеру, вышла на работу, когда сыну было 6 месяцев

Объективный статус

Охотно беседует с врачом, однако периодически чувствует, что задыхается и говорит, что ей нужен перерыв, просит мужа рассказать о её расстройствах. Винит мужа в том, что он выбрал плохую краску для ремонта. В целом свою семейную жизнь оценивает хорошо: «Жаловаться не на что, у нас всё есть, живем душа в душу». Себя описывает, как человека чувствительного, всегда тревожилась и плохо себя чувствовала, когда заболел ребенок, просила мужа ухаживать за больным ребенком, так как ей невыносимо видеть, как он страдает. Рассказывает, что плохое самочувствие у неё наблюдается не постоянно, а «волнами», особенно по вечерам перед сном, а также утром, когда муж уходит на работу, иногда на работе, когда её «достают». Во время прогулки и походов в магазин чувствует себя нормально. Корит своего мужа за то, что он «сексуально озабоченный», утверждает, что сама не нуждается в сексе так сильно, как он. Сомневается, что у неё психическое расстройство, считает, что это отравление или аллергия (возможно, на мужа)

Психиатрическое освидетельствование данной больной проводится

- при наличии письменного согласия мужа
- только при наличии согласия пациентки
- даже при отсутствии письменного согласия, недобровольно
- только при наличии санкции прокурора

Для постановки диагноза важно получить заключение

- при наличии письменного согласия мужа
- только при наличии согласия пациентки
- даже при отсутствии письменного согласия, недобровольно
- только при наличии санкции прокурора

Результаты обследования

Терапевт

Артериальное давление 115/75, пульс – 82 в мин, кожа чистая, тоны сердца чистые ритмичные, дыхание везикулярное, хрипов нет. Признаков хронических соматических заболеваний не обнаружено.

Невролог

Чувствительность не нарушена, рефлексы живые симметричные, движения в полном объеме, болезненности по ходу позвоночника нет. Неврологически здорова.

Эндокринолог

Лабораторные показатели в норме, признаков эндокринопатии не обнаружено.

Офтальмолог

Зрение не нарушено, изменений на глазном дне нет

Хирург

Жалоб не высказывает, болей в животе и конечностях нет

Ревматолог

Признаков системных заболеваний не обнаружено, суставы не изменены, тоны сердца чистые ритмичные

Негативная симптоматика у данной больной

- выражается ассоциативными расстройствами
- отсутствует
- определяется аффективной сглаженностью
- проявляется когнитивным дефектом

По своей природе данное расстройство вероятнее всего относится к

- психотическим
- соматическим
- невротическим
- органическим

По этиологии данное расстройство, вероятнее всего, относится к

- психогенным
- соматогенным
- экзогенным
- эндогенным

Состояние больной в первую очередь определяется наличием

- обсессивно-фобического синдрома
- астенического синдрома
- истерических расстройств
- сенестопатических расстройств

В соответствие с критериями МКБ-10 больной следует выставить диагноз

- обсессивно-фобического синдрома
- астенического синдрома
- истерических расстройств
- сенестопатических расстройств

Диагноз

F45.3 Соматоформная вегетативная дисфункция

F43.1 Посттравматическое стрессовое расстройство

F44.7 Смешанные диссоциативные (конверсионные) расстройства

F41.0 Паническое расстройство

Дальнейшее лечение пациентки следует проводить

- в санатории психо-неврологического профиля
- амбулаторно, обеспечив возможность продолжить работу по профессии
- в условиях дневного стационара психиатрического профиля

- в условиях обычного психиатрического стационара с соблюдением режима покоя

В первую очередь данная пациентка нуждается в

- психотерапии
- психофармакотерапии
- назначении витаминов и общеукрепляющих средств
- физиотерапии и лечебной физкультуре

В комплексе с психотерапией можно использовать

- ингибиторы холинэстеразы
- психостимуляторы и ноотропы
- антидепрессанты и транквилизаторы
- соли лития и другие тимостабилизаторы

Больная жалуется на бессонницу, однако боится дневной сонливости. В этой ситуации в качестве снотворного лучше всего назначить

- 7,5 мг хлорпромазина
- 7,5 мг бромдигидрохлорфенилбензодиазепина (феназепам)
- 7,5 мг прегабалина
- 7,5 мг зопиклона

В дальнейшем у данной больной следует ожидать

- 7,5 мг хлорпромазина
- 7,5 мг бромдигидрохлорфенилбензодиазепина (феназепам)
- 7,5 мг прегабалина
- 7,5 мг зопиклона

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Психиатра вызвали к мужчине 56 лет, находящемуся в палате интенсивной терапии хирургического отделения

Жалобы

Больной жалоб активно не предъявляет, утверждает, что не нуждается в помощи психиатра

Анамнез заболевания

Ещё 6 месяцев назад чувствовал себя здоровым, хотя немного похудел. Затем

заметно снизился аппетит, стали беспокоить запоры, принимал слабительные средства, но к врачам не обращался. Месяц назад по настоянию родных обратился к врачу, тот назначил обследование, рекомендовал стационарное лечение. Долго не мог решиться на госпитализацию, плохо спал, резко снизился аппетит, пища казалась невкусной, часто беспокоила тошнота. Иногда обнаруживал кровь в кале. 10 дней назад был госпитализирован, была назначена операция на прямой кишке, врачи не обсуждали с больным диагноз. После операции помещен в палату интенсивной терапии. Хирург сообщил больному, что при гистологическом анализе опухоли был обнаружен рак, поэтому ему будет проведен в дальнейшем курс химиотерапии. Через час медсестра нашла больного у раскрытого окна, был вызван психиатр

Анамнез жизни

* среди ближайших родственников никто к психиатрам не обращался

* женат, имеет детей 27 и 30 лет, которые живут отдельно от родителей

* имеет высшее образование, работает начальником отдела кадров

* соматически всегда был здоров, кроме простуд и мелких травм ничем не болел

Объективный статус

Лежит в постели с открытыми глазами, смотрит в потолок, молчалив, на вопросы врача отвечает неохотно с задержкой. Выражение лица печальное, заторможен. Уверен, что справится без психиатра. Утверждает, что его неправильно поняли, что он не хотел выпрыгивать из окна, а только дышал воздухом. Благодарит врачей за лечение «они сделали всё, что могли». Говорит, что впредь будет вести себя хорошо, так как не хочет, чтобы у врачей были неприятности. Обманы восприятия отрицает.

Психиатрическое освидетельствование данного больного проводится

- при наличии письменного согласия близкого родственника
- только при наличии письменного согласия пациента
- даже при отсутствии письменного согласия пациента
- только при наличии санкции прокурора

Дальнейшее лечение данного пациента следует проводить в условиях

- наблюдательной палаты отделения психозов психиатрического стационара

- психосоматического отделения или палаты интенсивной терапии многопрофильной больницы
- хирургического отделения при условии регулярных встреч с психиатром и приема, назначенных им лекарств
- дневного стационара при психоневрологическом диспансере по месту жительства

Для установления диагноза психического расстройства необходимо провести

- магниторезонансную или компьютерную томографию головы
- клиническую диагностическую беседу с врачом-психиатром
- электроэнцефалографическое обследование
- обследование психологом с применением проективных тестовых методик

У больного имеются симптомы психического расстройства, в том числе

- ступор, негативизм пассивный и активный, мутизм
- апатия, абулия, нецеленаправленность мышления
- персеверации, вербигерации, конфабуляции
- гипотимия, ангедония, моторная заторможенность

Поведение больного свидетельствует о том, что он

- не проявляет должной критики к своему состоянию
- готов к сотрудничеству с врачами, ищет помощи
- проявляет высокую волю и выдержку в сложной ситуации
- верно оценивает своё психическое состояние

Настоящее состояние больного соответствует понятию

+ _____ + синдрома

- обсессивного
- депрессивного
- кататонического
- ипохондрического

В соответствие с критериями МКБ-10 больному следует выставить диагноз

- обсессивного
- депрессивного
- кататонического
- ипохондрического

Диагноз

F32.2 Тяжелый депрессивный эпизод без психотических симптомов

F41.01 Паническое расстройство, тяжелой степени

F43.0 Реакция на острый стресс

F34.8 Другие хронические (аффективные) расстройства настроения

Правильнее всего начать лечение с

- недирективной психотерапии
- психофармакотерапии
- депривации сна
- директивной психотерапии

В первую очередь врач стремится снизить риск суицида, в этих условиях самый быстрый и надежный эффект мы можем получить в случае применения

- трициклических антидепрессантов
- седативных нейролептиков
- селективных ингибиторов обратного захвата серотонина
- селективных ингибиторов моноаминоксидазы

Есть все основания назначить больному 100-300 мг

- оланзапина
- кветиапина
- галоперидола
- диазепама

После 2 дней приема кветиапина в сочетании миртазапином больной остается заторможенным, сонливым, просит врачей не беспокоиться, заявляет, что совершил глупость, что должен жить, чтобы увидеть своих внуков, что не хочет расстроить жену и детей, согласен принимать лекарства самостоятельно. На этом этапе риск суицида можно оценить как

- высокий
- низкий
- близкий к 0

- сомнительный

В результате лечения данного депрессивного эпизода с большой вероятностью следует ожидать

- высокий
- низкий
- близкий к 0
- сомнительный

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 40 лет пришел на прием к психиатру в сопровождении отца

Жалобы

На беспокойство, усталость и головные боли

Анамнез заболевания

Начал злоупотреблять алкоголем с момента возвращения из армии, из-за этого всегда были конфликты с женой, никогда не испытывал с женой взаимопонимания, много лет назад отдалился от неё, воспитанием детей почти не занимался, дома сразу уходил в свою комнату, и там смотрел телевизор и пил. Жена настаивала на лечении у нарколога, но он её требования игнорировал. Около года назад самостоятельно бросил пить, говорил, что болит голова, стал обращаться к терапевтам и неврологам. Требовал, чтобы его тщательно обследовали, сделали рентген головы или что-то ещё. На рентгене ничего не обнаружили, заявил, что этого не может быть, так как у него в голове какой-то прибор. Пациенту было рекомендовано обратиться к психиатру.

Анамнез жизни

* из родственников никто к психиатрам не обращался, старший сын больного с детства на учете в полиции, в 17 лет осужден за кражу

* у пациента среднее специальное образование (слесарь), хотя его родители дипломированные инженеры

* курит со школьных лет

* после армии была диагностирована язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, в 28 лет перенес операцию в связи с прободением язвы, последние 10 лет обострений не было

Объективный статус

Мрачный, не смотрит в глаза собеседника, говорит монотонным голосом, мимика бедная, просит провести какое-нибудь обследование, чтобы обнаружить аппарат, который вставили ему в мозг, вероятно, когда делали операцию на желудке и кишечнике. Согласен на операцию, чтобы удалить это устройство. Утверждает, что аппарат «читает его мысли», контролирует всё его сознание. Уверен, что все его мысли читают злоумышленники, хотя они сами с ним не разговаривают, однако часто слышит смех в голове, который является, по его мнению, реакцией на его мысли. Иногда в голове мысли начинают путаться сами по себе, иногда все мысли улетают из головы. Уверен, что начальство на работе знает об этом аппарате и использует его в своих целях. Подозревает, что отец тоже может использовать его, чтобы заставить его бросить пить.

Психиатрическое освидетельствование данного больного проводится

- только при наличии согласия пациента
- только при наличии санкции прокурора
- при наличии письменного согласия отца
- даже при отсутствии письменного согласия, недобровольно

Больной подписал согласие на госпитализацию в психиатрическую больницу. Для его пребывания, обследования и лечения в психиатрическом стационаре необходимо провести

- только при наличии согласия пациента
- только при наличии санкции прокурора
- при наличии письменного согласия отца
- даже при отсутствии письменного согласия, недобровольно

Результаты обследования

Анализ крови общий и биохимический общетерапевтический

|====

a| *Наименование* a| *Нормы* a| *результат*

a| Гемоглобин a| 130,0 - 160,0 a| 129,0

a| Гематокрит a| 35,0 - 47,0 a| 37,6

a| Лейкоциты a| 4,00 - 9,00 a| 4,3

a| Эритроциты а| 4,00 - 5,70 а| 4,44

a| Тромбоциты а| 150,0 - 320,0 а| 197,0

a| Лимфоциты а| 17,0 - 48,0 а| 41,4

a| Моноциты а| 2,0 - 10,0 а| 8,7

a| Нейтрофилы а| 48,00 - 78,00 а| 49,9

a| Эозинофилы а| 0,0 - 6,0 а| 2

a| Базофилы а| 0,0 - 1,0 а| 0

a| СОЭ по Панченкову а| 2 - 20 а| 12

|====

|====

a| *Наименование* а| *Нормы* а| *результат*

a| Белок общий а| 57,0-82,0 а| 63,2

a| Глюкоза а| 4,1-5,9 а| 4,7

a| Креатинин а| 44-115 а| 63

a| Билирубин общий а| 3,0-21,0 а| 7,9

a| АСТ а| 0-34 а| 42

a| АЛТ а| 10-49 а| 55

a| Холестерин а| 3,2-5,6 а| 2,65

|====

Серологические пробы на сифилис

Серологические пробы на сифилис отрицательные

Серологические реакции на ВИЧ и гепатиты В и С

Реакции на ВИЧ и гепатиты В и С отрицательные

Осмотр терапевтом с выдачей заключения о соматическом здоровье пациента

Кожные покровы обычной окраски. Жалобы на редкие головные боли, на изжогу при нарушении диеты. Дыхание в легких везикулярное. АД – 130/80. Пульс – 82 в мин. Стул регулярный.

Признаков соматической патологии не выявлено.

Количественное определение этилового спирта в плазме крови

Этилового спирта в плазме менее 0,01 ‰

Люмбальная пункция для анализа цереброспинальной жидкости

Ликвор прозрачный, вытекает быстрыми каплями, плотность – 1,004, белка 0,28 г/л, цитоз – 4 клетки в 1 мкл

Продуктивные психические расстройства у больного представлены

- ментизмом и шперрунгом
- навязчивыми идеями
- сенестопатиями
- истинными галлюцинациями

Негативные психические расстройства у больного

- выражаются в торпидности мышления и эгоцентризме
- проявляются аутизацией и аффективной сглаженностью
- проявляются когнитивным дефектом и недержанием эмоций
- отсутствуют

Настоящее состояние больного соответствует понятию синдрома

- психоорганического
- паранойяльного
- параноидного
- парафренного

По этиологии данное расстройство вероятнее всего относится к

- экзогенным
- психогенным
- эндогенным
- соматогенным

В соответствии с критериями МКБ-10 больному следует выставить диагноз

- экзогенным
- психогенным
- эндогенным
- соматогенным

Диагноз

F20.00 Параноидная шизофрения непрерывная

F10.50 Психотическое расстройство в результате употребления алкоголя шизофреноподобное

F22.0 Хроническое бредовое расстройство

F06.2 Органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство

Правильнее всего начать лечение с

- дезинтоксикационной терапии
- электросудорожной терапии
- психофармакотерапии
- групповой психотерапии

Пациенту показано назначение

- нейролептиков
- солей лития
- антидепрессантов
- транквилизаторов

Есть все основания назначить больному

- 4-8 мг сульпирида
- 4-6 мг рисперидона
- 4-8 мг перфеназина (этаперазина)
- 4-8 мг хлорпромазина (аминазина)

Больной принимает в сутки 8 мг рисперидона, следует опасаться возникновения

- обострения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки

- гинекомастии и сексуальных расстройств
- приступа артериальной гипертензии
- психической зависимости от лекарственного средства

В случае подобного психоза обычно рекомендуют

- обострения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки
- гинекомастии и сексуальных расстройств
- приступа артериальной гипертензии
- психической зависимости от лекарственного средства

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 64 лет пришел на прием к психиатру в сопровождении жены

Жалобы

На тревогу, подавленность, бессонницу, ухудшение памяти, беспомощность

Анамнез заболевания

До 59 лет никаких проблем с психическим здоровьем не испытывал, активно работал врачом, оперировал. Один из больных был недоволен лечением и написал жалобу. Жалобу рассматривали представители министерства, вины врача не нашли. Несмотря на положительный исход, был подавлен, отказывался оперировать, взял отпуск за свой счет, но чувствовал себя плохо, по совету коллеги принимал антидепрессант. Через 3 месяца вышел на работу, начал вновь оперировать, радовался, что его «отпустило». Однако через год в начале весны, стал вспоминать о произошедшем, говорил, что совершил ошибку, заявлял, что слишком стар, чтобы оперировать. Вновь принимал антидепрессанты, и к началу лета состояние нормализовалось. Настоящее ухудшение продолжается с середины марта до середины мая, взял отпуск за свой счет, утверждает, что забыл все из медицины, что на работе все видят его беспомощность, но не решаются уволить из жалости. По настоянию жены пришел на прием к психиатру.

Анамнез жизни

* сведений о родственниках нет, воспитывался в детском доме

* в медицинский вуз поступил после армии по специальному конкурсу, учился всегда прилежно на 4 и 5, защитил кандидатскую диссертацию

* курит с армии, алкоголь старается не употреблять, так как это может

отразиться на работе

* с детства заикается, не любит выступать публично, малоразговорчив, однако с близкими друзьями чувствует себя раскованно

Объективный статус

Тяжело вздыхает, ерзает на стуле, хватается руками за голову. Утверждает, что ему стыдно смотреть коллеге в глаза. Винит себя в том, что навредил многим больным своим непрофессионализмом. Утверждает, что учеба в вузе давалась тяжело, что у него нет таланта, и он не должен был становиться врачом. Убежден, что на работе его держат только из жалости, многие пытаются его убедить, что он не прав, но он никому не верит. Считает себя стариком, жалуется, что сердце работает слабо, с перебоями, испытывает несостоятельность в сексуальной сфере. О самоубийстве не задумывался, потому что чувствует, что и так скоро умрет, потому что весь организм полностью «посыпался».

Психиатрическое освидетельствование данного больного проводится

- при наличии письменного согласия близкого родственника
- только при наличии санкции прокурора
- даже при отсутствии письменного согласия, недобровольно
- только при наличии согласия пациента

Дальнейшее лечение данного пациента следует проводить

- амбулаторно, обеспечив возможность продолжать работать по специальности
- в санатории психоневрологического профиля
- в условиях обычного психиатрического стационара
- в условиях дневного стационара психиатрического профиля

Для пребывания, обследования и лечения в психиатрическом стационаре необходимо провести больному

- амбулаторно, обеспечив возможность продолжать работать по специальности
- в санатории психоневрологического профиля
- в условиях обычного психиатрического стационара
- в условиях дневного стационара психиатрического профиля

Результаты обследования

Анализ крови общий и биохимический общетерапевтический

|====

а| *Наименование* а| *Нормы* а| *результат*

а| Гемоглобин а| 130,0 - 160,0 а| 144,0

а| Гематокрит а| 35,0 - 47,0 а| 41,8

а| Лейкоциты а| 4,00 - 9,00 а| 6,3

а| Эритроциты а| 4,00 - 5,70 а| 5,09

а| Тромбоциты а| 150,0 - 320,0 а| 331,0

а| Лимфоциты а| 17,0 - 48,0 а| 44,8

а| Моноциты а| 2,0 - 10,0 а| 7,1

а| Нейтрофилы а| 48,00 - 78,00 а| 43,5

а| Эозинофилы а| 0,0 - 6,0 а| 1,3

а| Базофилы а| 0,0 - 1,0 а| 0,7

а| СОЭ по Панченкову а| 2 - 20 а| 6

|====

|====

а| *Наименование* а| *Нормы* а| *результат*

а| Белок общий а| 57,0-82,0 а| 63,2

а| Глюкоза а| 4,1-5,9 а| 4,7

а| Креатинин а| 44-115 а| 63

а| Билирубин общий а| 3,0-21,0 а| 7,9

a| АСТ а| 0-34 а| 15

a| АЛТ а| 10-49 а| 22

a| Амилаза а| 28-100 а| 46,3

|====

Серологические пробы на сифилис

Серологические пробы на сифилис отрицательные

Серологические реакции на ВИЧ и гепатиты В и С

Реакции на ВИЧ и гепатиты В и С отрицательные

Осмотр терапевтом с выдачей заключения о соматическом здоровье пациента

Кожные покровы бледные, тургор снижен. Жалобы на отсутствие аппетита, запор, общую слабость. Дыхание в лёгких везикулярное. АД – 150/100. Пульс – 96 в мин.

Признаки функциональных соматических нарушений.

Электроэнцефалографическое исследование

Признаки эпиактивности отсутствуют, преобладает высокочастотная бета-активность.

Количественное определение экскреции 17-кетостероидов и 17-оксикортикостероидов в суточной моче

Показатели в пределах нормы

17-КС – 24 мкмоль/сут, 17-ОКС – 7 мкмоль/сут

У больного имеются симптомы психического расстройства, в том числе

- дисфория и слабодушие
- фобии и навязчивые мысли
- ангедония и бредовые идеи
- апатия и обстоятельность мышления

Настоящее состояние больного соответствует понятию синдрома

- галлюцинаторно-параноидного
- обсессивно-фобического
- апатико-абулического
- тревожно-депрессивного

По этиологии данное расстройство вероятнее всего относится к

- соматогенным
- экзогенным
- психогенным
- эндогенным

В соответствие с критериями МКБ-10 больному следует выставить диагноз

- соматогенным
- экзогенным
- психогенным
- эндогенным

Диагноз

F33.30 Рекуррентный депрессивный текущий эпизод, тяжелый с психотическими симптомами

F34.8 Другие хронические аффективные расстройства

F25.2 Шизоаффективное расстройство, смешанный тип

F43.02 Тяжелая реакция на острый стресс и расстройство адаптации

Правильнее всего начать лечение с

- когнитивной психотерапии
- внутривенного лазерного облучения крови
- транскраниальной магнитной стимуляции
- психофармакотерапии

Пациенту показано назначение антидепрессантов в сочетании с

- нейролептиками
- солями лития
- ноотропами
- психостимуляторами

Есть все основания назначить больному 30-45 мг

- мirtазапина
- эсциталопрама

- амитриптилина
- пирлиндола (пиразидола)

Больной принимает в сутки 45 мг мirtазапина, следует опасаться возникновения

- лекарственного паркинсонизма и гиперкинезов
- головокружения и артериальной гипотонии
- психической зависимости от лекарства
- эпилептических припадков

Для предотвращения новых приступов болезни пациенту рекомендуется

- лекарственного паркинсонизма и гиперкинезов
- головокружения и артериальной гипотонии
- психической зависимости от лекарства
- эпилептических припадков

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 35 лет пришла на прием к психиатру в сопровождении матери

Жалобы

На подавленность, упадок сил, чувство беспомощности

Анамнез заболевания

С детства была открытой и общительной, легко переживала стресс. 5 лет назад неожиданно скончался отец больной, бизнесмен, который содержал всю семью, его дело по наследству перешло к матери больной. Поняла, что мать не справится с бизнесом, требовала, чтобы дело отдали ей. Стала тратить деньги направо и налево, выгнала мужа из дома, вступила в бурный роман с недостойным человеком, употребляла с ним алкоголь и наркотики, сын остался на попечении у бабушки. Конфликтовала с матерью, приезжала в офис и распоряжалась, хотя её никто не слушал. Такое состояние продолжалось 5 месяцев, потом повинилась перед матерью, сожалела, что рассталась с официальным мужем, обещала никогда не принимать наркотики. Работала, но испытывала истощение и слабость, сын по-прежнему жил с бабушкой. Год назад опять стала активной, завела новый роман, не ходила на работу, проводила время в постели с любовником, часто звонила матери и ругалась с ней. Этот роман закончился в конце февраля. С марта по конец апреля чувствует подавленность, вину, не может работать.

Анамнез жизни

- * среди ближайших родственников никто к психиатрам не обращался
- * замужем с 23 лет, было 2 беременности, одна закончилась абортom
- * в течение жизни изредка курила, алкоголь раньше употребляла по случаю умеренно
- * имеет высшее экономическое образование, хотя в вузе училась неровно

Объективный статус

Свободно отвечает на вопросы, пессимистична, винит себя в том, что рассталась с мужем, что часто оставляла ребенка бабушке, считает, что она никудышная мать. Считает, что она слишком эмоциональна и легко влюбляется, понимает, что последние два её избранника не были достойными людьми, и она не должна была вступать с ними в связь. Утверждает, что принимала наркотики, только чтобы понравиться мужчинам, понимает, что в наркотиках нет ничего хорошего, подозревает, что её настоящее состояние обусловлено истощением после приема психостимуляторов. Рассказывает, что делает всё через силу. По утрам часто не может заставить себя встать с постели, однако к вечеру чувствует больше сил и энергии, может сделать домашние дела, и позвонить матери и подругам. Просит дать ей каких-нибудь лекарств «для восстановления сил».

Психиатрическое освидетельствование данной больной проводится

- только при наличии согласия пациентки
- даже при отсутствии письменного согласия, недобровольно
- только при наличии санкции прокурора
- при наличии письменного согласия матери

Для установления диагноза психического расстройства необходимо провести

- только при наличии согласия пациентки
- даже при отсутствии письменного согласия, недобровольно
- только при наличии санкции прокурора
- при наличии письменного согласия матери

Результат обследования

Клиническая диагностическая беседа с врачом-психиатром

В разговоре с врачом свободно отвечает на вопросы, пессимистична, винит себя в том, что рассталась с мужем, что часто оставляла ребенка бабушке, считает, что она никудышная мать. Считает, что она слишком эмоциональна и легко

влюбляется, понимает, что последние два её избранника не были достойными людьми, и она не должна была вступать с ними в связь. Утверждает, что принимала наркотики, только чтобы понравиться мужчинам, понимает, что в наркотиках нет ничего хорошего, подозревает, что её настоящее состояние обусловлено истощением после приема психостимуляторов. Рассказывает, что делает всё через силу. По утрам часто не может заставить себя встать с постели, однако к вечеру чувствует больше сил и энергии, может сделать домашние дела, и позвонить матери и подругам. Просит дать ей каких-нибудь лекарств «для восстановления сил».

Магниторезонансная или компьютерная томография головы

Кости черепа не изменены. Структуры мозга симметричны, обычной структуры и плотности. Признаков атрофии и очаговых образований нет.

Электроэнцефалографическое обследование

Признаков эпилептической активности не выявлено, электрическая активность симметричная, соответствует норме

Обследование психологом с применением проективных тестовых методик

Зарегистрированы признаки подавленности, пессимизма, замедления психических процессов, высокая значимость фигуры отца, чувство вины перед матерью

У больной имеются симптомы психического расстройства, в том числе

- фобии и контрастные навязчивости
- слабодушие и эмоциональная ригидность
- гипотимия и сверхценные идеи
- бред самообвинения-самоуничижения

Негативная симптоматика у данной больной

- отсутствует
- проявляется когнитивным дефицитом
- выражается ассоциативными расстройствами
- определяется аффективной сглаженностью

Настоящее состояние больной соответствует понятию синдрома

- астенического
- ипохондрического
- депрессивного
- обсессивно-фобического

По этиологии данное расстройство вероятнее всего относится к

- психогенным
- эндогенным
- экзогенным
- соматогенным

В соответствие с критериями МКБ-10 больной следует выставить диагноз

- психогенным
- эндогенным
- экзогенным
- соматогенным

Диагноз

F31.3 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод умеренной депрессии

F32.10 Умеренный депрессивный эпизод без соматических симптомов

F15.21 Синдром зависимости от психостимуляторов, в настоящее время воздержание, но в условиях, исключающих употребление

F43.02 Тяжелая реакция на острый стресс и расстройство адаптации

Правильнее всего начать лечение с

- групповой психотерапии
- электросудорожной терапии
- дезинтоксикационной терапии
- психофармакотерапии

Пациентке показано назначение

- ингибиторов ацетилхолинэстеразы
- антидепрессантов и тимостабилизаторов
- ноотропов и бензодиазепиновых транквилизаторов
- нейрорепарантов и психостимуляторов

Больная получает ежедневно 30 мг пароксетина. Есть все основания добавить к этому лечению 600-900 мг

- хлорпромазина (аминазина)
- пирлиндола (пиразидола)

- карбоната лития
- пирацетама

Суточная доза карбоната лития повышена до 1200 мг. Чтобы лечение было безопасным, необходимо

- полностью отказаться от употребления алкоголя
- исключить из рациона сыр, бобовые, сырокопченые рыбу и мясо
- еженедельно определять количество лейкоцитов и тромбоцитов в крови
- регулярно определять концентрацию лития в крови

Для предотвращения новых приступов болезни пациентке рекомендуется

- полностью отказаться от употребления алкоголя
- исключить из рациона сыр, бобовые, сырокопченые рыбу и мясо
- еженедельно определять количество лейкоцитов и тромбоцитов в крови
- регулярно определять концентрацию лития в крови

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 30 лет направлен к психиатру участковым терапевтом

Жалобы

На постоянное присутствие во рту неприятных ощущений, напоминающих вкус мятной конфеты, тревогу, невозможность сосредоточиться на чем-либо

Анамнез заболевания

К психиатру обращается впервые, в школьные годы ничем от сверстников не отличался, был немного робким, в компаниях не был заводилой. Любил читать, но в вуз поступить не смог, от службы в армии освобожден в связи дефицитом массы тела и артериальной гипотонией. С 18 лет работает слесарем на машиностроительном заводе. Последние 3 года стал получать нарекания за невыполнение плана. Сам объясняет это ухудшением здоровья, появился «холодок во рту», который мешает ему сосредоточиться на работе. Обращался к разным врачам, делал анализы, две недели находился в гастроэнтерологическом отделении, но диагноз не был установлен. 3 месяца назад уволился по собственному желанию, из дома выходил редко, не мог читать и смотреть телевизор. Пытался купировать ощущения приемом алкоголя, но безуспешно.

Анамнез жизни

* живет с матерью, женат никогда не был, отца видел последний раз в 5-летнем

возрасте

* всегда был физически слабым, спортом не занимался

* алкоголь и сигареты попробовал в школьном возрасте, много лет курил до 1 пачки в день, последние 3 года не курит

* в свободное от работы время любит читать научную фантастику и историческую литературу, к религии относится равнодушно

Объективный статус

Ищет у врачей помощи, обеспокоен неприятным ощущением «холодка во рту», постоянно всасывает воздух ртом, проверяя, сохраняется ли это ощущение. Утверждает, что все его мысли заняты только этим неприятным ощущением, не может думать ни о чем другом. О матери и коллегах по работе говорит безразлично «мать, как мать», «сотрудники, как сотрудники». Уверен, что в настоящее время работать не может, так как не способен осмыслить задание и сосредоточиться на его выполнении. Мимика бедная, речь маломодулированная. Предоставленный сам себе, ни с кем не общается, сидит и всасывает воздух ртом. Любит спать, так как во сне не думает о неприятном ощущении во рту

Психиатрическое освидетельствование данного больного проводится

- даже при отсутствии письменного согласия, недобровольно
- при наличии письменного заявления близкого родственника
- только при наличии согласия пациента
- только при наличии санкции прокурора

Больной отказывается от госпитализации в психиатрический стационар, в этом случае следует

- госпитализировать его недобровольно, и обратиться в суд для получения разрешения на удержание его в стационаре
- предложить больному пройти лечение амбулаторно
- госпитализировать его недобровольно, начать лечение, и через 2 дня вновь попросить его дать письменное согласие
- обратиться в суд, и госпитализировать больного только после получения решения суда

Для установления диагноза психического расстройства необходимо провести

- обследование психологом с применением тестовых методик
- электроэнцефалографическое обследование

- клиническую диагностическую беседу с врачом-психиатром
- магниторезонансную или компьютерную томографию головы

Продуктивные психические расстройства у больного

- представлены сенестопатиями
- отсутствуют
- ограничиваются иллюзиями и дереализацией
- выражаются в фобиях и obsессиях

Негативные психические расстройства у больного

- выражаются ухудшением понимания и недержанием аффекта
- проявляются аутизмом и сглаженностью аффекта
- отсутствуют
- представлены эмоциональной ригидностью и в сочетании с истощаемостью

По этиологии данное расстройство вероятнее всего относится к

- экзогенным
- соматогенным
- эндогенным
- психогенным

В соответствии с критериями МКБ-10 больному следует выставить диагноз

- экзогенным
- соматогенным
- эндогенным
- психогенным

Диагноз

F21.3 Псевдоневротическая (неврозоподобная) шизофрения

F32.0 Депрессивный эпизод легкой тяжести

F43.22 Смешанная тревожная и депрессивная реакция

F45.1 Недифференцированное соматоформное расстройство

Правильнее всего начать лечение с

- суггестивной психотерапии
- общеукрепляющей терапии
- когнитивной психотерапии
- психофармакотерапии

Пациенту показано назначение

- антиконвульсантов и витаминов группы В
- транквилизаторов и ноотропов
- нейрорептиков и антидепрессантов
- тимостабилизаторов или солей лития

Есть основания назначить больному 2-4 мг

- хлорпротиксена и 50-100 мг ламотриджина
- хлорпромазина и 50-100 мг диазепама
- кветиапина и 50-100 мг тиамина
- рисперидона и 50-100 мг сертралина

Больной принимает в сутки 4 мг рисперидона и 100 мг сертралина, в этом случае высока вероятность возникновения

- анорексии и кахексии
- гиперхромной анемии
- сухого кашля и бронхоспазма
- сексуальных расстройств

После завершения курса лечения у данного больного вероятнее всего

- анорексии и кахексии
- гиперхромной анемии
- сухого кашля и бронхоспазма
- сексуальных расстройств

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 24 лет самостоятельно обратилась к психиатру

Жалобы

На постоянный страх причинить вред своей дочери

Анамнез заболевания

До 23 лет чувствовала себя здоровой, работала тренером, старалась быть

независимой от родителей, имела длительные отношения с мужчиной, но бросила его, так как он мог поднять на неё руку. Два года назад вышла замуж за полицейского, муж не хотел иметь детей, когда она забеременела, настаивал на аборте. Ушла от мужа к родителям, заявила, что подаст на развод, работать тренером не могла, осталась без средств к существованию. Была счастлива, когда родилась дочь, но очень уставала. Вскоре возникли яркие представления о том, что она выбрасывает дочь в окно. Боялась подходить к кроватке дочери, просила мать не оставлять её с дочерью наедине, часто плакала. Устроилась на работу на неполный рабочий день. На работе забывала о страхе, однако дома он тут же возвращался. Ночью снились кошмары. Искала помощи у подруг и матери, однако стеснялась рассказывать о всех своих переживаниях. Вынуждена была обратиться к врачу.

Анамнез жизни

* среди ближайших родственников никто к психиатрам не обращался

* с 8 лет занималась легкой атлетикой, закончила институт физической культуры, невысокого роста, сухощавая, с бледной кожей

* никогда не курила, алкоголь употребляет крайне редко

* менструации с 12 лет, имела только двух сексуальных партнеров, беременность одна, завершившаяся родами

Объективный статус

Долго не может начать говорить, так как из глаз льются слёзы, и перехватывает дыхание. Предупреждает врача, что не сможет в деталях описать свои образные представления, так как это очень болезненно. Понимает, что это психическое расстройство, но не может справиться с ним усилием воли, постоянно думает о том, что она плохая мать, задает себе вопрос о том, правильно ли она поступила, родив ребенка. Видит в дочери источник и счастья, и страдания. Благодарна матери за поддержку, и в то же время не хотела бы зависеть от матери, мечтает о том, чтобы жить своей жизнью, отдельно от родителей. К мужу не испытывает ни любви, ни ненависти, говорит «у нас с ним всё кончено, я не буду жить с этим человеком»

Психиатрическое освидетельствование данной больной проводится

- при наличии письменного согласия близкого родственника
- даже при отсутствии письменного согласия, недобровольно
- только при наличии согласия пациентки
- только при наличии санкции прокурора

Больная отказывается от госпитализации в психиатрический стационар, в этом случае следует

- предложить ей пройти лечение амбулаторно
- госпитализировать её недобровольно, начать лечение, и через 2 дня вновь попросить дать письменное согласие
- госпитализировать её недобровольно, и обратиться в суд для получения разрешения на удержание её в стационаре
- обратиться в суд, и госпитализировать больную только после получения решения суда

Для установления диагноза психического расстройства необходимо провести

- магниторезонансную или компьютерную томографию головы
- электроэнцефалографическое обследование
- клиническую диагностическую беседу с врачом-психиатром
- обследование психологом с применением тестовых методик

Продуктивные психические расстройства у больной

- выражаются сверхценными и паранойяльными конструктами
- проявляются навязчивыми мыслями и представлениями
- отсутствуют
- достигают уровня псевдогаллюцинаций

Негативные психические расстройства у больной

- отсутствуют
- представлены сглаженностью аффекта
- выражаются дефицитом воли
- проявляются нецеленаправленностью ассоциаций

По этиологии данное расстройство, вероятнее всего, относится к

- психогенным
- эндогенным
- соматогенным
- экзогенным

В соответствие с критериями МКБ-10 больной следует выставить диагноз

- психогенным
- эндогенным
- соматогенным
- экзогенным

Диагноз

F42.2 Смешанные обсессивные мысли и действия

F60.5 Ананкастное (обсессивно-компульсивное) расстройство личности

F21.3 Псевдоневротическая (неврозоподобная) шизофрения

F41.1 Генерализованное тревожное расстройство

Правильнее всего начать лечение с назначения

- нейролептиков
- антиконвульсантов
- антидепрессантов
- солей лития

Есть основания назначить больной 50-100 мг

- диазепама
- эсциталопрама
- оланзапина
- кломипрамина

Больная получает в сутки 100 мг кломипрамина, следует опасаться возникновения

- запоров и задержки мочеиспускания
- гипергликемии и нарушения обмена веществ
- лекарственного паркинсонизма и акатизии
- тромбоцитопении и подкожных кровоизлияний

Из-за острой задержки мочеиспускания кломипрамин пришлось отменить, вместо него можно назначить

- флуоксетин или пароксетин
- флюанксол или клопиксол
- сульпирид или амисульприд
- клозапин или олазапин

Для повышения эффективности лечения прием антидепрессантов следует сочетать с

- флуоксетин или пароксетин
- флюанксол или клопиксол
- сульпирид или амисульприд
- клозапин или олазапин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 67 лет самостоятельно обратилась к психиатру

Жалобы

На частые обманы восприятия, возникающие преимущественно в вечернее время

Анамнез заболевания

Ранее никогда к психиатру не обращалась, работала доцентом в вузе, преподавала географию. 3 года назад контракт на работе не продлили, в настоящее время не работает. С 55 лет принимает гипотензивные средства и антиагреганты, так как артериальное давление часто повышается. В последнее время на фоне резкой смены погоды чувствует головные боли, головокружение, недомогание. Месяц назад на фоне такого недомогания вечером увидела коллегу по вузу, которая сидела в углу на стуле и ничего не говорила. Очень удивилась, пыталась вступить с ней в диалог, но та только сидела и смотрела в пол. Включила полный свет в квартире, подошла поближе, тогда видение исчезло. Но оно появилось вновь, когда пациентка выключила свет. Понимала, что этого не может быть, но не могла заснуть, поскольку в квартире был чужой человек. В дальнейшем такие обманы повторялись часто, видела у себя в квартире маму, сестру, школьную подругу. Днем ничего подобного не возникало

Анамнез жизни

* Среди ближайших родственников к психиатру никто не обращался.

* Живет одна, ухаживает за матерью 89 лет, которая живет в другом городе.

* Замужем никогда не была, в юности был короткий роман с женатым мужчиной, который через несколько месяцев прекратился.

* Менопауза с 49 лет.

* Не курит, алкоголь употребляет в компании.

* До 60 лет ходила в походы, регулярно каталась на лыжах в лесу, последнее время катается на лыжах в парке возле дома, часто приходится отдыхать, так как стала больше уставать.

Объективный статус

Охотно рассказывает врачу о своих переживаниях, речь хорошо поставленная, о своих видениях рассказывает с иронией, понимает, что всё это ей привиделось, но подчеркивает, что эти видения такие живые и яркие, что обычно теряется, когда они возникают, пытается усилием воли убедить себя, что это ей кажется, но иногда начинает обращаться к воображаемым людям, требует, чтобы они ей ответили. Во время рассказа временами не может сдержать слез, причитает «за что мне всё это?», «что за напасть такая?». Отмечает, что последние годы память нередко подводит её, приходится пользоваться записями. Счет по Крепелину выполняет медленно, но верно. Правильно трактует скрытый смысл пословиц и поговорок. Просит о помощи.

Психиатрическое освидетельствование данной больной проводится

- только при наличии письменного согласия пациентки
- даже при отсутствии письменного согласия, недобровольно
- только при наличии санкции прокурора
- при наличии письменного согласия близкого родственника

У больной имеются симптомы психического расстройства, в том числе

- конфабуляции
- истинные галлюцинации
- псевдогаллюцинации
- иллюзии

В момент возникновения обманов восприятия сознание больной

- аффективно сужено
- ясное
- затуманено
- помрачено

Наблюдаются отчетливые признаки синдрома

- Котара
- Кандинского-Клерамбо
- делирия
- галлюциноза

По своей природе данное расстройство вероятнее всего относится к

- эндогенным
- функциональным
- психогенным
- органическим

В соответствии с критериями МКБ-10 больной следует выставить диагноз

- эндогенным
- функциональным
- психогенным
- органическим

Диагноз

F06.0 Органический галлюциноз, связанный с сосудистым заболеванием головного мозга

F06.20 Органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство вследствие сосудистого заболевания мозга

F23.0 Острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении

F30.21 Мания с несоответствующими настроению психотическими симптомами

Лечение такой пациентки в амбулаторных условиях

- вполне возможно
- недопустимо
- нежелательно, поскольку она живет одна
- приведет к ухудшению её состояния

Правильнее всего начать лечение с

- назначения общеукрепляющих средств
- депривации сна
- аутогенной тренировки
- психофармакотерапии

Пациентке показано назначение

- тимостабилизаторов
- транквилизаторов
- антидепрессантов
- нейролептиков

Есть основания назначить больной в сутки

- 2-4 мг amitriptilina
- 2-4 мг bromdigidrokhlorfenilbenzodiazepina
- 2-4 мг kvetiapina
- 2-4 мг risperidona

Больная принимает в сутки 6 мг рисперидона, следует опасаться возникновения

- гипогликемии
- лекарственного паркинсонизма
- приступа артериальной гипертонии
- почечной недостаточности

У данной пациентки есть все основание сочетать рисперидон с приемом

- гипогликемии
- лекарственного паркинсонизма
- приступа артериальной гипертонии
- почечной недостаточности

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 64 лет пришел на прием к психиатру в сопровождении дочери

Жалобы

На беспокойный сон, плохое настроение и раздражительность

Анамнез заболевания

До 59 лет работал, к врачам почти не обращался. Примерно 5-6 лет назад появился спонтанный тремор рук в покое. Затем стал заторможенным и скованным. Вынужден был обратиться к неврологу, был обследован, диагностирована болезнь Паркинсона, начато лечение. В настоящее время постоянно принимает таблетки леводопы с карбидопой (250 мг + 25 мг) по 1 таблетке 3 раза в день. 3 года назад оформлена инвалидность. После установления диагноза был подавлен, плохо спал, снизился аппетит, срывался

на близких. Примерно через 3-4 месяца стал замечать, что лекарства немного помогают, стал более активен, работал на даче, приглашал туда друзей. Примерно 3 месяца назад стал какой-то мрачный, злился, когда его оставляли на даче одного, раздраженно выяснял у жены, что она делала в городе. Дочери заявил, что жена ему изменяет. Отказывался есть еду, приготовленную женой, с удовольствием съедал то, что привозила дочь, стал готовить себе сам. Поссорился с соседями по даче, с которыми давно дружил, говорил, что они что-то против него замышляют. Часто выходил на участок поздно вечером и ночью, «чтобы поймать соседа», по ночам шумно ходил по дому, гремел предметами, утром жаловался на то, что не выспался

Анамнез жизни

* никто из близких родственников к психиатру не обращался

* женился по любви почти 40 лет назад, имеет дочь 38 лет

* имеет высшее образование, работал ведущим инженером

* в молодости проходил лечение по поводу эрозивного гастрита, последнее время диеты не соблюдает, на диспепсию не жалуется

Объективный статус

На приеме у врача мрачен и раздражителен, перебивает дочь, указывает на ошибки, хотя его уточнения не имеют принципиального значения. Часто запинаясь, поскольку не может найти подходящее слово, злится, когда ему подсказывают не то, что он хотел. Заявляет, что жена его предала «пока был здоров, был ей нужен, а как заболел, так и из сердца вон». Уверен, что жена сговорила с соседом, обвиняет соседа в том, что тот хочет получить у больного деньги на установку нового забора между участками, поскольку больной ему отказал, сосед якобы ворует овощи с огорода, ломает ветки деревьев и берет инструменты. Месяц и год называет правильно, однако не может точно указать день недели и сегодняшнее число. Почерк нарушен, хотя грубых ошибок при письме не делает. Счет по Крепелину выполняет очень медленно, иногда ошибается, начинает злиться, и прекращает выполнять задание.

Госпитализация данного пациента в психиатрический стационар возможна

- по заявлению близкого родственника (дочери)
- только при наличии направления от невролога
- даже без его согласия, недобровольно
- только при наличии его письменного согласия

Врач просит больного объяснить смысл пословицы «не всё то золото, что блестит». Больной говорит с раздражением «При чем тут золото? У меня никакого золота нет». Такой ответ свидетельствует о + _____ + мышления

- слабости абстрактного
- соскальзывании в процессе
- замедлении
- нецеленаправленности

Продуктивные психические расстройства у пациента

- проявляются бредом
- не выражены
- представлены навязчивыми идеями
- выражаются в помрачении сознания

Негативные психические расстройства у пациента

- представлены бедностью ассоциаций и вязкостью
- проявляются эмоционально-волевым дефектом
- отсутствуют
- выражаются мнестико-интеллектуальным дефектом

Бредовые расстройства у данного больного сочетаются с признаками

- деменции
- депрессии
- деперсонализации
- делирия

Больной от госпитализации отказался, представил выписку из амбулаторной карты со свежими результатами анализов крови и мочи, а также заключением терапевта и невролога. В первую очередь следует направить пациента на

- деменции
- депрессии
- деперсонализации
- делирия

Результаты обследования

Магниторезонансная томография головы

Кости черепа не изменены. Структуры мозга симметричны, объемных

образований и очаговых поражений не выявлено. Отмечается незначительное увеличение объема желудочков мозга и расширение пространства между костями черепа и поверхностью мозга до верхней границы возрастной нормы.

Ангиографическое исследование сосудов шеи и головы

Сосуды шеи и головы полностью проходимы, значительных сужений и аномалий не выявлено

Дексаметазоновый тест

Прием 1 мг дексаметазона привел к снижению уровня кортизола плазмы крови с 650 до 250 нмоль/л

Люмбальная пункция для анализа цереброспинальной жидкости

Ликвор прозрачный, вытекает быстрыми каплями, плотность – 1,004, белка 0,28 г/л, цитоз – 4 клетки в 1 мкл

По своей природе данное расстройство вероятнее всего относится к

- функциональным
- органическим
- пограничным
- невротическим

В соответствии с критериями МКБ-10 больной следует выставить диагноз

- функциональным
- органическим
- пограничным
- невротическим

Диагноз

F06.2 Органическое бредовое расстройство

F22.0 Хроническое бредовое расстройство

F23.0 Острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении

F24 Индуцированное бредовое расстройство

В качестве успокаивающего средства врач назначил пациенту диазепам по 10 мг в сутки. В течение следующей недели никакого улучшения не наступило. Это можно объяснить тем, что

- данное расстройство плохо поддается лечению
- доза лекарства была слишком большой
- доза лекарства была недостаточной
- было выбрано неверное средство лечения

Поскольку лечение диазепамом было неэффективным, больному следует

- заменить диазепам на карбонат лития
- заменить диазепам на нейролептик
- назначить нелекарственное лечение
- заменить диазепам на антидепрессант

Есть все основания назначить больному

- 25-150 мг зуклопентиксола
- 25-150 мг трифлуоперазина
- 25-150 мг клозапина
- 25-150 мг галоперидола

Больному назначили в сутки 100 мг клозапина, врачу следует

- 25-150 мг зуклопентиксола
- 25-150 мг трифлуоперазина
- 25-150 мг клозапина
- 25-150 мг галоперидола

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Подросток 12 лет пришел на прием к психиатру в сопровождении отца

Жалобы

На частые приступы, во время которых он слышит в правом ухе пугающий мужской голос и видит «светящегося человека»

Анамнез заболевания

До 11 лет никаких психических расстройств не наблюдалось, развивался обычно, учился средне, любил мастерить модели самолетов. Постоянно наблюдался у ЛОР-врача по поводу частых обострений отита. Год назад на фоне острой респираторной инфекции развился тяжелый отит, осложнившийся

мастоидитом. Появились признаки менингита, был госпитализирован, и в тяжелом состоянии находился в палате интенсивной терапии в течение 2 недель. Врачам удалось справиться с воспалением, после месячного курса лечения был выписан домой, еще 2 месяца сохранялась утомляемость, капризность, частые головные боли. Затем вышел на учебу, однако успеваемость снизилась. Примерно месяц назад появились кратковременные приступы, когда примерно в течение 2-3 минут слышал в правом ухе пугающий мужской голос, который говорил, что больной скоро умрет. В это же время в глазах возникал образ «белоснежного светящегося человека», гладкого, без каких-либо деталей. Сначала такие приступы наблюдались раз в день, потом участились до 12-15 раз в день.

Анамнез жизни

* живет с родителями, старший брат 25 лет женат, живет отдельно; все ближайшие родственники психически здоровы

* наш пациент кроме отита, ничем серьезно не болел, все положенные прививки проводились по плану

* психоактивных веществ и алкоголя никогда не употреблял

Объективный статус

С врачами ведет себя без стеснения, останавливает отца, говорит, что сам может рассказать об имеющихся приступах. Подробно в красках передает свой испуг перед пугающим голосом незнакомого человека. Утверждает, что не знает, существует этот человек на самом деле или нет, однако его голос не похож ни на одного из известных ему людей. Предполагает, что врачи неправильно лечили его от менингита, так как до этого лечения у него ничего подобного не было. Между описанными приступами чувствует себя обычно, хотя довольно часто болит голова, особенно при смене погоды. Временами раздражается, когда отец пытается его поправить или что-то дополнить, заявляет «я сам». Примерно через 15 минут разговора, внезапно замолчал, закрыл глаза руками, не отвечал на вопросы, потом резко пришел в себя, сказал, что был приступ, и ему было так страшно, что он не мог отвечать на вопросы врача.

Психиатрическое освидетельствование данного больного проводится

- только при наличии направления участкового педиатра
- даже при отсутствии письменного согласия, недобровольно
- только при наличии согласия пациента
- при наличии письменного согласия отца

Госпитализация данного больного в психиатрический стационар

- возможна при наличии письменного согласия родителей
- возможна только при наличии письменного согласия ребенка
- проводится только по решению суда
- недопустима ни при каких условиях

У больного имеются симптомы психического расстройства, в том числе

- галлюцинации
- псевдореминисценции
- персеверации
- конфабуляции

Особенностью данного больного является то, что галлюцинации у него

- психогенно спровоцированы
- соответствуют циркадному ритму
- возникают пароксизмально
- аффективно нейтральны

Отец больного предоставил выписки из больницы и поликлиники со свежими анализами мочи, крови и заключением педиатра. Явных соматических расстройств не выявлено. В первую очередь больному следует провести

- психогенно спровоцированы
- соответствуют циркадному ритму
- возникают пароксизмально
- аффективно нейтральны

Результаты обследования

Электроэнцефалография

На ЭЭГ регистрируются спонтанно возникающие эпизоды патологической активности с появлением острых волн и пиков в глубоких отделах левой височной доли.

Определение уровня гормонов щитовидной железы и ТТГ

Показатели в пределах нормы.

T3 – 3,7 пептамоль/литр, T4 –11,0 пептамоль/литр, ТТГ – 2,39 мМЕ/мл

Допплерография сосудов шеи и головы

Скорость кровотока в магистральных сосудах не изменена

Дексаметазоновый тест

Прием 1 мг дексаметазона привел к снижению уровня кортизола плазмы крови с 650 до 250 нмоль/л

Учитывая результаты электроэнцефалографии, есть основания направить больного на

- психогенно спровоцированы
- соответствуют циркадному ритму
- возникают пароксизмально
- аффективно нейтральны

Результаты обследования

КТ или МРТ

На МРТ обнаружены мелкие очаги и спайки в левой височной области в районе перенесенного локального менингита

Ангиография сосудов головы

Больной не подписал информированное согласие на вмешательство, исследование не проведено.

Спинномозговая пункция

Ликвор прозрачный, вытекает быстрыми каплями, плотность – 1,004, белка 0,28 г/л, цитоз – 4 клетки в 1 мкл

Серологическое обследование

Серологические пробы на сифилис, ВИЧ и гепатиты отрицательные

В соответствии с критериями МКБ-10 больному следует выставить диагноз

- психогенно спровоцированы
- соответствуют циркадному ритму
- возникают пароксизмально
- аффективно нейтральны

Диагноз

F06.0 Органический галлюциноз

F23.0 Острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении

F05.0 Делирий, не обусловленный алкоголем и другими психоактивными веществами

F22.8 Другие хронические бредовые расстройства

Правильнее всего начать лечение с

- когнитивной психотерапии
- назначения лекарств
- депривации сна
- проведения транскраниальной магнитной стимуляции

Есть все основания назначить больному 400-800 мг

- кломипрамина
- хлордиазепоксида
- карбамазепина
- клозапина

Больному начато лечение карбамазепином с постепенным повышением дозы. Следует опасаться возникновения

- экстрапирамидных расстройств
- острой задержки мочеиспускания
- лейкопении и тромбоцитопении
- холинолитического делирия

На фоне приема 800 мг карбамазепина через 3 месяца приступы полностью исчезли, однако отмечается выраженная сонливость, ухудшение школьной успеваемости. В этих условиях можно попытаться заменить карбамазепин на

- арипипразол
- пирацетам
- карбонат лития
- топирамат

Больной принимает топирамат по 400 мг в сутки, чувствует себя хорошо, в течение года приступы больше не повторялись, на ЭЭГ явная положительная динамика. В дальнейшем следует

- арипипразол
- пирацетам
- карбонат лития

- топирамат

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 56 лет пришла на прием в сопровождении младшей сестры

Жалобы

Жалоб не предъявляет, утверждает, что обратилась к врачу, поскольку не хочет расстраивать сестру

Анамнез заболевания

Впервые психические расстройства возникли в 29 лет, была подавлена, расстроена тем, что до сих пор не замужем, называла себя «жирной свиньей», с суицидальной целью выпила таблетки, проходила стационарное лечение в течение 3 месяцев. После выписки сразу вернулась на работу, заявила, что ей «не нужны никакие мужики». Решила усыновить из детского дома девочку 4 лет. Приложила невероятные усилия для этого, предоставила множество документов, постоянно ездила в детский дом, привозила много подарков не только предполагаемой дочке, но и всем другим детям. Добилась своего, но через год почувствовала упадок сил, сожалела, что «взвалила на себя такую тяжелую ношу». Полгода за девочкой ухаживала её сестра, больная лечилась амбулаторно, работала через силу. Еще раз была госпитализирована в возрасте 48 лет, когда внезапно бросила работу и дочь, и уехала отдыхать в Крым, там вела себя развязно, громко пела песни, и её недобровольно положили в больницу. После этого постоянно принимает лекарства. Месяц назад стала слишком активной, заявила, что хочет эмигрировать в Америку. Забрала из банка все свои сбережения, покупала себе откровенные наряды. С работы позвонили, и сказали, что она «стала чудить», последние 3 дня не ходит на работу.

Анамнез жизни

* живет одна, приемная дочь имеет свою семью, с матерью отношения натянутые. Родители больной к психиатрам не обращались, отец погиб в автокатастрофе молодым, мать умерла от рака в 50 лет

* после смерти матери взяла на себя всю заботу о сестре, которой тогда было 15 лет

* имеет высшее экономическое образование, всегда активно участвовала в общественной работе, последние годы работала на руководящих должностях, на работе знают о её странностях, но очень ценят её профессионализм

* менструации с 13 лет, в юности имела краткие отношения с мужчинами, но замужем никогда не была, последнее время ни с кем отношения не поддерживает

Объективный статус

Говорит с напором, легко отвлекается от темы разговора, постоянно делает комплименты врачу, свою речь сопровождает неприличными шутками, утверждает, что все её проблемы оттого, что «все русские мужики слабаки», хочет поехать в Америку и найти себе чернокожего мужчину. Заявляет, что имеет достаточно средств, чтобы купить себе любого мужчину, которого пожелает. Встает и прохаживается по кабинету «видите доктор, я ещё ничего, если хотите, и спую, и станцую». Хвалится своей дочерью, однако злится на неё за то, что «вышла за какого-то хлюпика», утверждает, что постоянно звонит дочери, и убеждает её бросить мужа «я ей найду в тысячу раз лучше».

Госпитализация данной пациентки в психиатрический стационар проводится

- даже при отсутствии письменного согласия, недобровольно
- только при наличии санкции прокурора
- только при наличии письменного согласия пациентки
- при наличии письменного согласия сестры

Для пребывания, обследования и лечения в психиатрическом стационаре необходимо провести больной

- даже при отсутствии письменного согласия, недобровольно
- только при наличии санкции прокурора
- только при наличии письменного согласия пациентки
- при наличии письменного согласия сестры

Результаты обследования

Анализ крови общий и биохимический общетерапевтический

[options="header", cols="25%,^25%,^25%"]

|===

a| *Наименование* a| *Нормы* a| *результат*

a| Гемоглобин a| 120,0 - 140,0 a| 132,0

a| Гематокрит a| 36,0 - 42,0 a| 40,2

a| Лейкоциты а| 4,00 - 8,80 а| 6,3
a| Эритроциты а| 3,70 - 4,70 а| 4,20
a| Тромбоциты а| 180,0 - 320,0 а| 230,0
a| Лимфоциты а| 18,0 - 40,0 а| 35,8
a| Моноциты а| 2,0 - 9,0 а| 8,1
a| Нейтрофилы а| 46,00 - 76,00 а| 52,5
a| Эозинофилы а| 0,0 - 6,0 а| 2,9
a| Базофилы а| 0,0 - 1,0 а| 0,7
a| СОЭ по Панченкову а| 2 - 20 а| 6

|====

[options="header", cols="25%,^25%,^25%"]

|====

a| *Наименование* а| *Нормы* а| *результат*
a| Белок общий а| 57,0-82,0 а| 72,2
a| Глюкоза а| 4,1-5,9 а| 5,3
a| Креатинин а| 44-115 а| 56
a| Билирубин общий а| 3,0-21,0 а| 5,9
a| АСТ а| 0-34 а| 15
a| АЛТ а| 10-49 а| 22
a| Амилаза а| 28-100 а| 49,3

|====

Серологическая проба на сифилис

Серологические пробы на сифилис отрицательные

Серологическая проба на ВИЧ и гепатиты В и С

Серологические пробы на ВИЧ и гепатиты В и С отрицательные

Дексаметазоновый тест

Прием 1 мг дексаметазона привел к снижению уровня кортизола плазмы крови с 650 до 250 нмоль/л

Допплерография сосудов шеи и головы

Признаков замедления артериального или венозного кровотока не обнаружено

Люмбальная пункция для анализа цереброспинальной жидкости

Ликвор прозрачный, вытекает быстрыми каплями, плотность – 1,004, белка 0,28 г/л, цитоз – 3 клетки в 1 мкл

У больной имеются симптомы психического расстройства, в том числе

- клептомания и лудомания
- персекуторный бред
- гипертимия и гипербулия
- навязчивые идеи и действия

Продуктивные психические расстройства у данной больной

- включают конфабуляции и псевдориминисценции
- представлены негативизмом и пассивной подчиняемостью
- отсутствуют
- включают признаки психомоторного возбуждения

Негативные психические расстройства у данной больной

- проявляются умеренными мнестико-интеллектуальными расстройствами
- отсутствуют
- выражаются поведением по типу «фершробен»
- представлены изменениями личности по шизофреническому типу

Настоящее состояние больной соответствует понятию синдрома

- острого чувственного бреда
- псевдодементного
- онейроидного
- маниакального

По этиологии данное расстройство вероятнее всего относится к

- психогенным
- эндогенным
- экзогенным
- соматогенным

В соответствии с критериями МКБ-10 больной следует выставить диагноз

- психогенным
- эндогенным
- экзогенным
- соматогенным

Диагноз

F31.1 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании без психотических симптомов

F44.7 Смешанные диссоциативные (конверсионные) расстройства

F52.7 Повышенное половое влечение

F30.2 Мания с соответствующими настроению психотическими симптомами

Есть основания назначить больной 4-6 мг

- циталопрама или 400-600 мг кломипрамина
- мемантина или 400-600 мг пирацетама
- диазепам или 400-600 мг хлордиазепоксида
- рисперидона или 400-600 мг кветиапина

На фоне приема 600 мг кветиапина в сутки через 10 дней больная стала лучше спать, провоцирует меньше конфликтов, однако настроение остается приподнятым, отмечается повышенная активность. Есть основания добавить к схеме лечения

- холина альфосцерат
- лития карбонат
- ретинола пальмитат
- натрия оксипутират

Больная принимает в сутки 600 мг кветиапина и 1200 мг лития карбоната. На этом фоне появился неприятный привкус во рту, тошнота, вялость, тремор,

частый стул и обильное мочеиспускание. Вероятнее всего, причиной этих расстройств является

- недопустимое сочетание кветиапина и лития карбоната
- чрезмерная доза кветиапина
- фактор, не имеющий отношения к лекарственному лечению
- чрезмерная доза лития карбоната

Было проведено исследование концентрации ионов лития в крови, получен результат 1,1 ммоль/л. Такой результат

- недопустимое сочетание кветиапина и лития карбоната
- чрезмерная доза кветиапина
- фактор, не имеющий отношения к лекарственному лечению
- чрезмерная доза лития карбоната

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Студент медицинского вуза 21 года обратился к своему преподавателю по психиатрии

Жалобы

На приступы тошноты и дурноты, которые возникают без какой-либо причины

Анамнез заболевания

Всегда считал себя физически крепким и здоровым, состояние изменилось чуть больше 2 месяцев назад, когда он ассистировал на операции, и внезапно почувствовал дурноту, тошноту и тупую боль глубоко в груди. С трудом выстоял до конца операции, через 20 минут всё исчезло. На следующий день такое состояние повторилось и прошло без лечения. Отказался от участия в операциях, так как боялся, что такое состояние возникнет опять. Приступы появлялись вновь 3-4 раза в неделю. Их никогда не было в выходные дни. Прошел обследование у гастроэнтеролога, но патологии выявлено не было. Также не было обнаружено никаких отклонений на ЭКГ. Был подавлен, сомневался, что сможет стать хирургом с таким расстройством. Несколько раз не приходил в университет из-за плохого самочувствия

Анамнез жизни

* живет отдельно от родителей со своей девушкой, среди родственников никто у психиатра не лечился

* учится на «хорошо» и «отлично», подрабатывает в медицинском учреждении,

часто бывают ночные дежурства

* в школе занимался спортом, последнее время на это не хватает времени.

* не курит, на первых курсах сильно выпивал, но сейчас пьет редко, так как его девушка этого не любит

Объективный статус

Подавлен и встревожен, погружен в мысли о том, что ему делать после окончания университета, так как он мечтал быть хирургом, но фактически не может работать у операционного стола. Сомневается, что ему нужна помощь психиатра, но все остальные врачи ничего не нашли, и он вынужден был последовать их совету обратиться к специалисту. Просит психиатра не направлять его ни на какие дополнительные обследования, так как уже устал от хождения по врачам. Испытывает стыд перед своей девушкой, «потому что оказался слабаком». Согласен лечиться амбулаторно, однако решительно возражает против госпитализации.

Помещение данного пациента в психиатрический стационар возможно

- только при наличии направления из учебного заведения
- при наличии письменного согласия одного из родителей
- только при наличии письменного согласия пациента
- даже при отсутствии письменного согласия, недобровольно

Больной предоставил заключения нескольких терапевтов, а также данные общеклинических анализов крови и мочи, все показатели в пределах нормы. В дополнение к имеющимся обследованиям важнее всего провести

- только при наличии направления из учебного заведения
- при наличии письменного согласия одного из родителей
- только при наличии письменного согласия пациента
- даже при отсутствии письменного согласия, недобровольно

Результаты обследования

Электроэнцефалография

В покое и при функциональных нагрузках признаков эпилептиформной активности не обнаружено.

Допплерография сосудов шеи и головы

Признаков замедления артериального или венозного кровотока не обнаружено

Дексаметазоновый тест

Прием 1 мг дексаметазона привел к снижению уровня кортизола плазмы крови с 650 до 250 нмоль/л

Ангиография сосудов шеи и головы

Больной не подписал информированное согласие на вмешательство, исследование не проведено.

У больного имеются симптомы психического расстройства, в том числе

- гипотимия и идеи самоуничужения
- сенестопатии и ипохондрический бред
- персеверации, вербигерации, конфабуляции
- компульсии и контрастные навязчивости

Негативная симптоматика у данного больного

- отсутствует
- проявляется когнитивным дефицитом
- выражается ассоциативными расстройствами
- определяется снижением воли

Настоящее состояние больного соответствует понятию синдрома

- тревожно-ипохондрического
- депрессивно-параноидного
- сверхценной дисморфофобии
- астенического

В соответствии с критериями МКБ-10 больному следует выставить диагноз

- тревожно-ипохондрического
- депрессивно-параноидного
- сверхценной дисморфофобии
- астенического

Диагноз

F41.0 Паническое расстройство

F43.1 Посттравматическое стрессовое расстройство

F21 Шизотипическое расстройство

F06.6 Органические эмоционально лабильные (астенические) расстройства

В случае возникновения очередного приступа неприятных ощущений для его быстрого купирования лучше всего использовать

- трициклические антидепрессанты
- атипичные нейролептики
- бензодиазепиновые транквилизаторы
- соли лития и другие стабилизаторы настроения

Ведущим методом лечения данного пациента в дальнейшем должна быть

- электросудорожная терапия
- психофармакотерапия
- депривация сна
- гипнотерапия

Базовыми лекарствами в лечение данного пациента должны быть

- блокаторы глутаматных NMDA-рецепторов
- ноотропные средства или ингибиторы холинэстеразы
- кломипрамин или антидепрессанты из группы СИОЗС
- оланзапин или другие атипичные нейролептики

Есть основания назначить больному один раз в сутки

- 20-30 мг алпразолама
- 20-30 мг арипипразола
- 20-30 мг пароксетина
- 20-30 мг перфеназина

Больной начал принимать пароксетин по 20 мг в сутки. На третий день у него возник такой же приступ, какие наблюдались и прежде. Вероятнее всего это случилось вследствие

- слишком высокой дозы препарата
- индивидуальной непереносимости препарата
- недостаточной дозы препарата
- недостаточного времени приема препарата

Частота приступов резко снизилась после 3-ей недели лечения. Врач увеличил дозу пароксетина до 30 мг в сутки. В этом случае весьма вероятно возникновение побочных эффектов в виде

- слишком высокой дозы препарата
- индивидуальной непереносимости препарата
- недостаточной дозы препарата
- недостаточного времени приема препарата

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 32 лет по настоянию жены был осмотрен психиатром после попытки самоповешения

Жалобы

На чувство беспомощности и неполноценности

Анамнез заболевания

Всю жизнь страдал от комплекса неполноценности, учился хорошо, но видел, что не дотягивает до лучших учеников в классе. Боялся отвечать у доски, терялся, не мог справиться с волнением, письменные работы выполнял хорошо, но медленно. В университете почувствовал себя немного лучше, так как в группе многие учились хуже него. Получил распределение в строительную компанию, много волновался и переживал, был исполнительным, стремился не раздражать начальство. Месяц назад ему поручили возглавить участок, очень боялся ответственности, но было стыдно отказаться. На месте руководителя испытывал свою несостоятельность, делал всё по закону, не допускал никаких «приписок». В результате его подчиненные получили самую низкую заработную плату, и пришли к нему с возмущением. Вечером не мог заснуть, чувствовал свою вину и несостоятельность. Пошел в ванную и стал прилаживать веревку, однако жена заметила суету в квартире, и потребовала, чтобы он открыл дверь ванной. На следующий день повела его к психиатру.

Анамнез жизни

* никто из родных к психиатру не обращался, родители работают до настоящего времени, имеет младшую сестру

* в детстве часто простужался, по требованию родителей занимался плаванием, сам спорт не любил

* не курит, несколько раз сильно выпивал, потом было стыдно, предложение своей избраннице сделал сильно выпивши

* женился в 26 лет на бывшей однокласснице, никогда не изменял жене, воспитывает двух детей 3 и 5 лет

Объективный статус

Сидит, опустив голову, признается, что ему стыдно смотреть в глаза людям, потому что он «поступил как тряпка». При этом утверждает, что «не знает как ему жить дальше», поскольку он не чувствует в себе силы вернуться на место начальника участка. Считает, что ему не следовало соглашаться на эту должность, так как он не способен самостоятельно принимать решения, крайне неуверен в себе, и страдает от постоянных сомнений. Убежден, что его жене очень не повезло, поскольку она полюбила никудышного человека. Жалеет своих детей, поскольку не может им ничего дать, как отец. Отказывается от госпитализации, так как не хочет, чтобы все узнали, что он сумасшедший.

Помещение данного пациента в психиатрический стационар возможно

- даже при отсутствии письменного согласия, недобровольно
- только при наличии письменного согласия пациента
- только при наличии санкции прокурора
- при наличии письменного согласия жены

Для пребывания, обследования и лечения в психиатрическом стационаре необходимо провести больному

- даже при отсутствии письменного согласия, недобровольно
- только при наличии письменного согласия пациента
- только при наличии санкции прокурора
- при наличии письменного согласия жены

Результаты обследования

Анализ крови общий и биохимический общетерапевтический

[options="header", cols="25%,^25%,^25%"]

|====

а| *Наименование* а| *Нормы* а| *Результат*

а| Гемоглобин а| 130,0 - 160,0 а| 144,0

а| Гематокрит а| 35,0 - 47,0 а| 41,8

а| Лейкоциты а| 4,00 - 9,00 а| 6,3

а| Эритроциты а| 4,00 - 5,70 а| 5,09

а| Тромбоциты а| 150,0 - 320,0 а| 285,0

a| Лимфоциты а| 17,0 - 48,0 а| 40,8

a| Моноциты а| 2,0 - 10,0 а| 7,1

a| Нейтрофилы а| 48,00 - 78,00 а| 47,5

a| Эозинофилы а| 0,0 - 6,0 а| 1,3

a| Базофилы а| 0,0 - 1,0 а| 0,7

a| СОЭ по Панченкову а| 2 - 20 а| 7

|====

[options="header", cols="25%,^25%,^25%"]

|====

a| *Наименование* а| *Нормы* а| *Результат*

a| Белок общий а| 57,0-82,0 а| 66,2

a| Глюкоза а| 4,1-5,9 а| 4,9

a| Креатинин а| 44-115 а| 63

a| Билирубин общий а| 3,0-21,0 а| 6,9

a| АСТ а| 0-34 а| 15

a| АЛТ а| 10-49 а| 22

a| Амилаза а| 28-100 а| 46,3

|====

Серологические пробы на сифилис, ВИЧ и гепатиты

Серологические пробы на сифилис, ВИЧ и гепатиты отрицательные

Консультация медицинского психолога

Обнаружены стойкие черты тревожности и мнительности, склонность к перфекционизму, трудности в принятии решений.

Магнитно-резонансная томография головы

Очаговых образований внутри черепа не обнаружено

Люмбальная пункция для анализа цереброспинальной жидкости

Ликвор прозрачный, вытекает быстрыми каплями, плотность – 1,004, белка 0,28 г/л, цитоз – 4 клетки в 1 мкл

Дексаметазоновый тест

Прием 1 мг дексаметазона привел к снижению уровня кортизола плазмы крови с 650 до 250 нмоль/л

У больного имеются симптомы психического расстройства, в том числе

- сенестопатии и ипохондрический бред
- сверхценные персекуторные идеи
- апатия и абулия
- гипотимия и идеи самообвинения

Негативная симптоматика у данного больного

- определяется «снижением энергетического потенциала»
- отсутствует
- проявляется утратой воли
- выражается нецеленаправленностью ассоциаций

У больного имеются признаки

- аутизма и амбивалентности
- истощаемости и слабодушия
- психического инфантилизма
- расстройства личности

Особенности характера пациента соответствуют критериям _____ расстройства личности

- F60.5 Ананкастного
- F60.3 Эмоционально неустойчивого
- F60.2 Диссоциального
- F60.1 Шизоидного

Причиной госпитализации стала декомпенсация, которую в соответствии с критериями МКБ-10, следует квалифицировать как

- F60.5 Ананкастного
- F60.3 Эмоционально неустойчивого

- F60.2 Диссоциального
- F60.1 Шизоидного

Диагноз

F43.22 Смешанная тревожная и депрессивная реакция

F23.0 Острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении

F33.1 Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод умеренной тяжести

F06.6 Органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство

Правильнее всего начать лечение с

- депривации сна
- классического или эриксоновского гипноза
- транскраниальной магнитной стимуляции
- психофармакотерапии

Есть основания назначить больному в сутки 10-15 мг

- амисульприда и 50-100 мг биперидена
- галоперидола и 50-100 мг хлорпромазина
- пирацетама и 50-100 мг вальпроевой кислоты
- диазепама и 50-100 мг флувоксамина

Больной принимает ежедневно 15 мг диазепама и 100 мг флувоксамина в течение 5 дней. Жалуется на сонливость, при этом сохраняются плохое настроение и идеи самообвинения. Причиной отсутствия явного улучшения вероятнее всего является

- индивидуальная невосприимчивость к одному из препаратов
- недостаточное время с момента начала лечения
- недостаточная доза лекарств
- злокачественность симптоматики

Для повышения эффективности лечения больному следует предложить

- индивидуальную или групповую психотерапию

- лечение диадинамическими импульсными токами
- стимуляцию левого блуждающего нерва
- комплекс глицина и витаминов группы В

После месячного курса лечения больной чувствует себя практически здоровым, однако отказывается работать на руководящей должности. В дальнейшем следует

- индивидуальную или групповую психотерапию
- лечение диадинамическими импульсными токами
- стимуляцию левого блуждающего нерва
- комплекс глицина и витаминов группы В

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 49 лет обратилась за помощью к психиатру в психоневрологический диспансер в сопровождении дочери

Жалобы

- * сниженное настроение
- * чувство тоски
- * тревога
- * беспокойство
- * боли в области груди
- * нарушение сна
- * потеря веса
- * чувство вины
- * общая слабость
- * «интеллектуальная несостоятельность»
- * запоры

* нарушение менструального цикла

Анамнез заболевания

* Психическое состояние изменилось месяц назад – снизилось настроение, нарушился сон, пропал аппетит, появилась тревога, беспокойство. Целыми днями лежит в постели. Перестала заниматься домашними делами. Не выходит из дома. Не следит за собой. Не проявляет интереса к внукам. Потеряла в весе 10 кг за месяц. Нарушился менструальный цикл. Отмечаются запоры. Лучше чувствует себя к вечеру. Планирует оформление пенсии по выслуге лет. Боится, что не сможет далее продолжать трудовую деятельность.

* Ранее к психиатру за помощью не обращалась.

Анамнез жизни

* Мать по характеру эмоциональная, тревожная. Брат злоупотребляет алкоголем.

* Акушерский анамнез не отягощен.

* Образование высшее педагогическое.

* Работает учителем в школе.

* Замужем с 23 лет. Имеет двоих детей.

* Страдает желчекаменной болезнью, остеохондрозом.

Объективный статус

* Психический статус*: Выглядит старше своих лет. Одет небрежно. Сидит на краешке стула, сгорбившись. Двигательная активность снижена. В контакт вступает постепенно. Сознание ясное. Ориентирована полностью в месте, времени, собственной личности. Обманы восприятия отрицает, на момент осмотра не обнаруживает. Настроение снижено. Выражение лица печальное. Самооценка снижена. Жалуется на боли в груди – «как будто камень там вместо сердца». Считает себя никчемным человеком. Говорит, что «замучила своих домашних», «зря ест хлеб». Пессимистично оценивает свое будущее. Мышление в замедленном темпе. На вопросы отвечает с паузами, односложно. Голос тихий, мало модулированный. Память, интеллект без грубой патологии. Внимание быстро истощается в ходе беседы. К состоянию критична.

У пациентки можно предположить диагноз

- индивидуальную или групповую психотерапию
- лечение диадинамическими импульсными токами
- стимуляцию левого блуждающего нерва
- комплекс глицина и витаминов группы В

Диагноз

Депрессивный эпизод тяжелой степени без психотических симптомов

Рекуррентное депрессивное расстройство

Органическое аффективное расстройство

Смешанное тревожное и депрессивное расстройство

Ведущим синдромом в клинической картине является

- астенический
- сенестопатический
- депрессивный
- ипохондрический

Специфическими расстройствами сна при депрессии являются

- нарушения засыпания
- нарушения графика сна
- парасомнии
- ранние пробуждения

Клинический вариант депрессии в данном случае определяется как

- адинамический
- тревожный
- меланхолический
- апатический

Тахикардия, мидриаз, спастические запоры при депрессии являются проявлениями триады

- Протопопова
- Кербикова
- Вальтер-Бюэля
- Крепелина

Пациентке в первую очередь рекомендовано назначение

- психостимулятора
- антидепрессанта
- антипсихотика
- транквилизатора

К антидепрессантам с седативными свойствами относятся

- amitriptilin, doksepin, trazodon, mianserin, mirtazapin i fluvoksamin
- СИОЗС (пароксетин, циталопрам, эсциталопрам, сертралин)
- кломипрамин, венлафаксин
- ИМАО (моклобемид и пирлиндол), флуоксетин, имипрамин и милнаципран

Препаратами первого ряда выбора при меланхолической депрессии являются антидепрессанты из группы

- ингибиторов моноаминооксидазы
- селективных ингибиторов обратного захвата серотонина
- трициклических
- активаторов обратного захвата серотонина

Для трициклических антидепрессантов не характерны + _____ + побочные эффекты

- гастро-энтерологические
- антигистаминные
- антихолинергические
- сердечно-сосудистые

Данной пациентке психиатрическая помощь должна оказываться

- амбулаторно (в группе диспансерного наблюдения)
- в условиях дневного стационара
- амбулаторно (в группе лечебно-консультативной помощи)
- стационарно

Годовая распространенность депрессий в популяции составляет + _____ + %

- 13-15
- 2-11
- 0,5-1
- 15-17

Развитие эндогенной депрессии в первую очередь обусловлено

- 13-15
- 2-11
- 0,5-1
- 15-17

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 72 лет обратился к психиатру в психоневрологический диспансер в сопровождении жены

Жалобы

* когнитивные нарушения – не узнает родственников, не удерживает в памяти текущие события, не может ориентироваться в квартире

* головные боли

* головокружения

* шум в голове

* нарушение координации

* общая слабость

Анамнез заболевания

* Психическое состояние изменилось месяц назад. Госпитализировался в хирургическое отделение городской больницы скорой помощью. Проводилось оперативное лечение желчекаменной болезни. В послеоперационном периоде развилось делириозное состояние – был возбужден, дезориентирован, не спал, позвонил сестре в другой город с просьбой забрать его с вокзала и помочь добраться до дома. В стационаре по рекомендации психиатра получал тиаприд. Через неделю был выписан под наблюдение психиатра по месту жительства.

* После выписки стал беспомощным, из родственников узнает только жену и младшего сына, не может ориентироваться в своем районе, теряет. Не удерживает в памяти текущие события. Целыми днями перебирает бумаги, вещи, потом родственники не могут найти нужные документы. Неделю назад не

смог открыть внутренний замок на входной двери, чтобы запустить в квартиру жену, пришлось вызывать службу МЧС.

Анамнез жизни

- * Старший из трех детей.

- * Образование среднетехническое.

- * Работал машинистом локомотива на заводе до 68 лет.

- * Пенсионер по возрасту.

- * Женат, имеет двоих детей.

- * Страдает облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей, железодефицитной анемией, остеохондрозом.

- * Инвалид 3-й группы по соматическому заболеванию.

Объективный статус

Психический статус: Контакт малопродуктивный. Растерян. Не понимает, где он находится. Не знает текущую дату. Называет фамилию, имя и отчество. Ошибается в дате рождения. Не воспроизводит даты своей биографии. В беседе с врачом несколько раз спрашивает его имя и отчество. Не может ответить на вопросы о текущих событиях. Не воспроизводит обстоятельств пребывания в больнице. Рассказывает о ситуациях, которых не было в реальности. На многие вопросы ответить не может. Ищет поддержки у жены. Быстро истощается. Критика к состоянию отсутствует.

Диагностика расстройства должна основываться, в первую очередь, на данных + _____ + исследования

- экспериментально-психологического
- нейрофизиологического
- инструментального
- клинико-лабораторного

Для оценки когнитивных функций применяется

- шкала Янга (YMRS)
- шкала Гамильтона
- шкала Спилберга
- тест mini-mental state examination (MMSE)

В соматическом стационаре у пациента имели место проявления

- острого полиморфного психотического расстройства
- органического бредового (шизофреноподобного) расстройства
- органического галлюциноза
- органического делирия

На момент осмотра психическое состояние пациента определяется как

- органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройства
- легкое когнитивное расстройство
- органическое аффективное расстройство
- органический амнестический синдром в связи с сосудистым заболеванием головного мозга

Ослабление памяти, снижение интеллекта, недержание аффекта являются диагностическими критериями _____ синдрома

- органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройства
- легкое когнитивное расстройство
- органическое аффективное расстройство
- органический амнестический синдром в связи с сосудистым заболеванием головного мозга

Диагноз

Психоорганический синдром

Астенический синдром

Амнестический синдром

Эпилептиформный синдром

Амнестический (корсаковский) синдром характеризуется

- расстройствами памяти
- расстройством сознания
- аффективными нарушениями
- снижением интеллекта

Нарушения памяти в данном случае определяются как

- конфабуляции
- псевдореминесценции
- криптомнезия
- гипомнезия

Для купирования органического делирия рекомендовано назначение

- транквилизатора
- стабилизатора настроения
- антидепрессанта
- антипсихотического препарата

Для коррекции когнитивных расстройств применяются

- аминокислоты
- ингибиторы ацетилхолинэстеразы
- ангиопротекторы
- ноотропы

Нейрометаболические препараты не оказывают _____ действия

- психостимулирующего
- мнемотропного
- ноотропного
- антипсихотического

Данному пациенту помощь необходимо оказывать

- в условиях дневного стационара
- амбулаторно (в группе диспансерного наблюдения)
- стационарно
- амбулаторно (в группе лечебно-консультативной помощи)

Распространенность деменции среди лиц старше 65 лет составляет + ____ + %

- в условиях дневного стационара
- амбулаторно (в группе диспансерного наблюдения)
- стационарно
- амбулаторно (в группе лечебно-консультативной помощи)

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девушка 21 года обратилась в психоневрологический диспансер в сопровождении матери и бабушки

Жалобы

- * нарушение сна

- * тревога

- * «поток мыслей в голове»

- * чувство, что ее мысли известны окружающим

- * растерянность

- * ощущение, что «происходящее имеет особый смысл» - «вчера в вагоне метро люди в одежде бежевого цвета выстроились определенным образом, чтобы таким образом подать ей какой-то знак»

Анамнез заболевания

* Психическое состояние изменилось 5 дней назад – нарушился сон, пропал аппетит. Эмоциональное состояние неустойчивое – «то плачет, то смеется, то начинает петь». Возбуждена. Вчера не сдала зачет в университет. Вечером позвонила родителям, так как не понимала, на какой станции метро она находится, поэтому не могла добраться до дома.

Анамнез жизни

- * Наследственность со слов не отягощена.

- * Единственный ребенок в семье.

- * Беременность у матери протекала с угрозой выкидыша.

- * Родилась на сроке 38 недель с весом 2900 г.

- * Развивалась по возрасту.

- * В детский сад пошла с 3-х лет, долго не могла привыкнуть, плакала при расставании с матерью.

- * Была избирательна в еде.

- * В школу пошла с 7 лет, училась хорошо.

* Отношения с детьми не складывались, подруг не было.

* Занималась рукоделием.

* Учится на 1-м курсе МГТУ им. Н.Э. Баумана, факультет инженерного бизнеса и менеджмента.

* Обращались к неврологу в возрасте 11 лет по поводу неадекватных эмоциональных реакций, нарушений сна.

Объективный статус

Психический статус: Возбуждена. На месте удерживается с трудом. Контакт малопродуктивный. На врача смотрит растеряно. Пациентка ориентирована верно в месте, собственной личности. Текущую дату называет неправильно. На многие вопросы отвечает не по существу. Перескакивает с одной мысли на другую. Говорит, что с ней происходят какие-то «странные, необъяснимые события». Аффективно неустойчива. Раздражается в адрес матери, пытается прерывать ее. Внезапно начинает петь во время разговора. Критики к состоянию нет.

У пациентки можно предположить диагноз

- в условиях дневного стационара
- амбулаторно (в группе диспансерного наблюдения)
- стационарно
- амбулаторно (в группе лечебно-консультативной помощи)

Диагноз

Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении

Органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство

Шизоаффективное расстройство

Параноидная шизофрения

Временной критерий для установления диагноза шизофрении составляет + ____ + месяц(ев)/(а)

- 1

- 3
- 2
- 6

Пациентке необходимо в первую очередь назначить

- антидепрессант
- антипсихотический препарат
- стабилизатор настроения
- транквилизатор

Антипсихотическими препаратами первого ряда выбора в данном случае являются нейролептики с преимущественным действием

- седативным
- дезингибирующим
- антигаллюцинаторным и антибредовым
- инцизивным

Наиболее частым и тяжелым побочным эффектом при назначении антипсихотических препаратов первого поколения является

- гипотензивный
- метаболический
- седативный
- нейролептический

Наиболее частым побочным эффектом при назначении антипсихотических препаратов второго поколения является

- седация
- увеличение массы тела
- экстрапирамидная симптоматика
- ортостатическая гипотония

Антипсихотические препараты оказывают + _____ + действие

- психоделическое
- стимулирующее
- нормотимическое
- депримирующее

Антипсихотическое действие нейролептиков связано с блокадой рецепторов

- серотониновых

- холинергических
- дофаминергических
- гистаминовых

Продолжительность этапа купирующей терапии составляет

- 6 месяцев
- 12 месяцев
- 4-8 недель
- 1-2 года

Антипсихотические препараты согласно классификации относятся к группе

- психодизлептиков
- тимоизолептиков
- психолептиков
- психоаналептиков

Психиатрическое освидетельствование в данном случае должно проводиться

- с согласия законного представителя
- недобровольно
- принудительно
- добровольно

Решение о недобровольном психиатрическом освидетельствовании в данном случае принимается

- с согласия законного представителя
- недобровольно
- принудительно
- добровольно

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Молодой человек 21 года доставлен бригадой скорой помощи в психоневрологический диспансер в сопровождении матери

Жалобы

* бессонница

* отсутствие аппетита

- * тревога
- * головные боли
- * слабость
- * быстрая утомляемость

Анамнез заболевания

- * Психическое состояние изменилось неделю назад после выхода на учебу в университет из академического отпуска.
- * Нарушился сон. Стал возбужденным. Перестал выходить из дома. Закрылся в своей комнате. Нецензурно бранился в адрес родителей. Порвал книги, тетради, грамоты, затем сжег их в печи. Кричал, что учиться дальше не будет – «лучше быть в этом мире глупым, чем умным». Поведением обнаруживал обманы восприятия – разговаривал сам с собой, заявлял, что «ему и в бане покоя уродцы не дают». В течение трех суток ничего не ел и не пил. Обвинял одногруппников в том, что они «его подвели, не дали методичку».

Анамнез жизни

- * Родился младшим из двух детей.
- * Беременность у матери протекала с токсикозом.
- * Родился на сроке 38 недель с весом 2900 г в состоянии гипоксии.
- * Развивался с опережением – пошел в возрасте 11 мес., научился читать в 4 года.
- * В детский сад пошел с 3-х лет, адаптироваться не смог, родители были вынуждены забрать через 2 месяца.
- * Боялся темноты. Спал при включенном свете. Требовал присутствия матери при засыпании.
- * В школу пошел с 7 лет, учился отлично.
- * Друзей не имел. Подвергался насмешкам со стороны сверстников.
- * Много времени проводил за чтением книг.

* Учится в техническом университете на 3-м курсе. Находился в академическом отпуске по состоянию здоровья.

* Наблюдается с детского возраста неврологом с диагнозом: Последствия перинатальной энцефалопатии.

* Проживает с родителями.

* Алкоголем не злоупотребляет. Употребление наркотических веществ отрицает.

Объективный статус

***Психический статус*:** Одет неряшливо. Волосы грязные. Возбужден. На месте удерживается с трудом. Контакт малопродуктивный. На лице выражение страха. Смотрит на врача с недоверием. Речь в ускоренном темпе. Говорит громким голосом. Правильно ориентирован в собственной личности. Текущую дату называет неверно. Понимает, что находится в лечебном учреждении. На момент осмотра обнаруживает обманы восприятия – к чему-то прислушивается, что-то выкрикивает невпопад. Мышление в ускоренном темпе. Перескакивает с одной мысли на другую. Объясняет нервный срыв тем, что «его подвели одноклассники и он не смог подготовиться к занятиям». Раздражителен. Высказывает претензии в адрес матери. Критики к состоянию нет. Считает себя психически здоровым. Возмущен проведением психиатрического освидетельствования.

У пациента можно предположить диагноз

- с согласия законного представителя
- недобровольно
- принудительно
- добровольно

Диагноз

Острое полиморфное психотическое расстройство

Органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство

Шизоаффективное расстройство

Параноидная шизофрения

Временной критерий для установления диагноза шизофрении составляет

- 6 месяцев
- 3 месяца
- 1 месяц
- 2 месяца

Пациенту необходимо в первую очередь назначить

- стабилизатор настроения
- транквилизатор
- антипсихотический препарат
- антидепрессант

Антипсихотическими препаратами первого ряда выбора в данном случае являются нейролептики с преимущественным действием

- инцизивным
- антигаллюцинаторным и антибредовым
- седативным
- дезингибирующим

Наиболее частым и тяжелым побочным эффектом при назначении антипсихотических препаратов первого поколения является

- метаболический
- нейролептический
- седативный
- гипотензивный

Для коррекции экстрапирамидных расстройств назначаются препараты из группы

- антигистаминных
- ноотропных
- антидепрессивных
- холинолитических

Антипсихотические препараты оказывают + _____ + действие

- стимулирующее
- психоделическое

- нормотимическое
- депримирующее

Антипсихотическое действие нейролептиков связано с блокадой рецепторов

- дофаминергических
- серотониновых
- холинергических
- гистаминовых

Продолжительность этапа долечивания или стабилизации составляет

- 6 месяцев
- 4-8 недель
- 1-2 года
- 12 месяцев

Нейролептики оказывают действие

- антипсихотическое
- ноотропное
- анксиолитическое
- вегетостабилизирующее

Психиатрическое освидетельствование в данном случае должно проводиться

- добровольно
- с согласия законного представителя
- принудительно
- недобровольно

Решение о недобровольном психиатрическом освидетельствовании в данном случае принимается

- добровольно
- с согласия законного представителя
- принудительно
- недобровольно

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 40 лет обратился за помощью к психиатру в консультативно-диагностическое отделение в сопровождении матери

Жалобы

- * слабость

- * быстрая утомляемость

- * апатия

- * снижение эмоционального реагирования

- * раздражительность

- * рассеянность внимания

- * трудности восприятия информации

- * замкнутость

- * напряжение при контактах с людьми

- * снижение мотивации

- * трудности организации деятельности

Анамнез заболевания

- * Госпитализировался в психиатрическую больницу г. Новосибирска 15 лет назад с диагнозом: Параноидная шизофрения.

- * Перед госпитализацией стал агрессивным по отношению к родственникам. Высказывал идеи преследования, воздействия. Испытывал слуховые обманы восприятия императивного характера. Считал, что его мысли известны окружающим. Пропал аппетит, значительно снизился вес.

- * В стационаре получал оланзапин, феназепам. После выписки прекратил прием препаратов из-за сонливости.

- * В течение года после психотического эпизода было сниженное настроение.

- * Злоупотребляет алкоголем с 28 лет. Запой до 2-х недель. Толерантность – 1 л водки. Сформирован синдром отмены. Неоднократно обращался за наркологической помощью. Продолжительность ремиссий до 6 месяцев.

Анамнез жизни

- * Наследственность отягощена – двоюродный дед со стороны отца злоупотреблял алкоголем, неоднократно госпитализировался в психиатрическую больницу.

- * Единственный ребенок в семье. Родился в срок с весом 3600 г. Развивался по возрасту. Посещал детский сад с 2-х лет. Часто болел простудными заболеваниями.

- * В школу пошел с 6 лет. Учился в специализированной языковой школе. Хорошо давались точные науки. Был общительным.

- * После 11 класса в высшее учебное заведение поступать не стал, занялся частным предпринимательством.

- * Женился в 31 год, имеет 2-х детей.

- * В 2003 г. была травма головы, лечение не получал.

- * В возрасте 38 лет снижал вес на 26 кг – следил за питанием, принимал продукцию фирмы Гербалайф.

- * Руководит строительной компанией. Компания в данный момент проходит процедуру банкротства.

- * Привлекается к уголовной ответственности за мошеннические действия.

Объективный статус

Психический статус: Сознание ясное. Ориентирован полностью в месте, времени, собственной личности. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики на момент осмотра не обнаруживает. Напряжен. На вопросы отвечает по существу. Внимание рассеянное. Астенизирован. Быстро истощается по ходу беседы. Эмоционально снижен. Мимика бедная. Когнитивные функции без грубой патологии. К состоянию критичен.

Экспериментально-психологическое обследование:

При сохранности способности к проведению основных мыслительных операций с опорой на признаки категориального и функционального уровня, в ряде случаев выявляются содержательно отдаленные, излишне формализованные ответы с подменой содержания понятий, актуализация малозначимых

оснований и широких обобщений низкого качества, латентных признаков, что в рамках одной пробы может быть расценено как разноплановость мыслительного процесса.

При верном пояснении условного смысла пословиц и поговорок, отдельные трактует исключительно с опорой на формальные признаки. В настоящее время при целостном осмыслении ситуаций пациент формально непротиворечиво устанавливает причинно-следственные связи и отношения между элементами ситуации.

Ассоциативные образы эмоционально нивелированные, формальные, при, в целом, конкретно-ситуационном уровне связей, отдельные псевдоабстрактные со смысловыми нарушениями в виде совмещения условного и конкретного смыслов; отдельные связи содержательно отдалены, неадекватны, основаны на формальных, в том числе, случайным образом, выделенных признаках, в ряде случаев с нарушением логики суждений.

В личностной сфере характерна избирательность воспринимаемой информации, своеобразие отдельных критериев для ее переработки и оценивания с периодическим формированием элементарных идей недоброжелательного отношения со стороны окружающих, сопровождающихся чувством страха и тревоги, настороженности, недоверчивости.

Эмоциональные реакции изменены – наблюдается некоторое эмоциональное оскудение, мимическое однообразие при нестабильности аффективной сферы. Волевые ресурсы в целом достаточные, однако, отмечается некоторая тенденция к снижению побудительной функции мотивов. Критическое отношение к психическому состоянию не утрачено.

У пациента можно предположить диагноз

- добровольно
- с согласия законного представителя
- принудительно
- недобровольно

Диагноз

Параноидная шизофрения

Органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство

Биполярное аффективное расстройство

Шизоаффективное расстройство

Сопутствующим диагнозом в данном случае является

- синдром зависимости от алкоголя
- употребление алкоголя с вредными последствиями
- синдром отмены
- абстинентное состояние (синдром зависимости) с делирием

Диагностическим критерием синдрома зависимости не является

- нарушение способности контролировать прием ПАВ, т.е. начало употребления, окончание или дозировку употребляемых веществ
- синдром, связанный с хроническим выраженным нарушением памяти на недавние события: память на отдаленные события иногда нарушается, в то время как непосредственное воспроизведение может сохраняться
- физиологическое состояние отмены, характерное для данного вещества, когда прием вещества был прекращен или значительно снижен
- сильная потребность или необходимость принять ПАВ

Временной критерий для установления диагноза шизофрении составляет + ____ + месяц (а)/(ев)

- 6
- 1
- 2
- 3

Апатия, абулия, эмоциональная и социальная отгороженность относятся к + _____ + симптоматике

- галлюцинаторной
- бредовой
- негативной
- аффективной

Пациенту необходимо в первую очередь назначить

- антипсихотический препарат
- транквилизатор
- стабилизатор настроения

- антидепрессант

Препаратами выбора в данном случае являются антипсихотические препараты

- первого поколения
- второго поколения
- инцизивные
- седативные

Антипсихотическое действие нейролептиков связано с блокадой рецепторов

- гистаминовых
- дофаминергических
- холинергических
- серотониновых

Наиболее частым побочным эффектом при назначении антипсихотических препаратов второго поколения является

- нейролептический
- гипотензивный
- седативный
- метаболический

Антипсихотическую терапию начинают с назначения + _____ + дозы

- тестовой
- максимальной
- средней суточной
- ударной

Распространенность шизофрении в мире по данным эпидемиологических исследований составляет + ____ + %

- 2,5
- 0,5-1,6
- 5,0
- 0,3

Тип течения расстройства у данного пациента согласно МКБ-10 можно определить как

- 2,5
- 0,5-1,6

- 5,0
- 0,3

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 53 лет доставлена в психоневрологический диспансер полицейским

Жалобы

* слуховые обманы восприятия – слышит в голове «голос» соседки с верхнего этажа, которая требует, чтобы пациентка отдала ей свои ювелирные изделия и деньги

* считает, что соседка на нее воздействует каким-то прибором, который называет «шарманкой»

* чувствует, что при действии прибора у нее «непроизвольно высовывается язык», «сжимаются зубы», «сокращается прямая кишка», «она говорит не своим голосом»

* трудности засыпания

Анамнез заболевания

* Психические расстройства в течение 3-х месяцев.

* Ранее к психиатру за помощью не обращалась.

* Пыталась выяснять отношения с соседкой, требовала, чтобы она перестала «вымогать у нее деньги».

* Обратилась к участковому с просьбой разобраться с ситуацией и прекратить «воздействие со стороны соседки».

* В последнее время после выхода на пенсию часто употребляет спиртные напитки вместе с мужем. Синдром зависимости не сформирован.

Анамнез жизни

* Наследственность отягощена – отец злоупотреблял алкоголем.

* Старшая из 2-х детей.

* После окончания педагогического училища работала воспитателем в детском

саду. Вышла на пенсию год назад по выслуге лет.

* Замужем с 23 лет, детей нет.

* В анамнезе артериальная гипертензия, хронический холецистит, остеохондроз.

* Злоупотребляет алкоголем в течение года вместе с мужем. Употребляет преимущественно вино 3 раза в неделю в дозе 0,3–0,5 л. Влечение к алкоголю ситуационное. Отмечаются алкогольные палимпсесты. В алкогольном опьянении конфликтует с соседями. Синдром отмены отрицает.

Объективный статус

Психический статус: Возбуждена. Ориентирована верно в месте, времени, собственной личности. На момент осмотра слышит внутри головы «голос» соседки с верхнего этажа, которая требует «отдать ей деньги и золотые изделия». Считает, что соседка воздействует на нее каким-то прибором, который называет «шарманкой». Чувствует, как «шарманка» вызывает неприятные и болезненные ощущения в теле – «непроизвольно сокращаются мышцы прямой кишки», «сжимаются зубы», «высовывается язык». Демонстрирует, как соседка «меняет ее голос» - говорит громко, быстро, не своим голосом. Требует, чтобы «остановили произвол». Мышление паралогичное. Эмоционально неадекватна. Память несколько страдает на текущие события. Внимание быстро истощается. Критики к состоянию нет.

У пациентки можно предположить диагноз

- 2,5
- 0,5-1,6
- 5,0
- 0,3

Диагноз

Параноидная шизофрения

Органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство

Бредовое расстройство

Шизоаффективное расстройство

Ведущим синдромом в клинической картине является синдром

- паранояльный
- Кандинского-Клерамбо
- парафренный
- онейроидный

Временной критерий для установления диагноза шизофрении составляет

- 1 месяц
- 6 месяцев
- 2 месяца
- 3 месяца

Сопутствующим диагнозом в данном случае является

- абстинентное состояние (синдром зависимости) с делирием
- синдром зависимости от алкоголя
- синдром отмены
- употребление алкоголя с вредными последствиями

Пациентке необходимо в первую очередь назначить

- транквилизатор
- антипсихотический препарат
- антидепрессант
- стабилизатор настроения

Антипсихотическими препаратами первого ряда выбора в данном случае являются нейролептики с преимущественным действием

- инцизивным
- седативным
- дезингибирующим
- антигаллюцинаторным и антибредовым

Антипсихотическое действие нейролептиков обусловлено блокадой рецепторов

- холинергических
- дофаминергических
- серотониновых
- гистаминовых

Наиболее частым и тяжелым побочным эффектом при назначении антипсихотических препаратов первого поколения является

- экстрапирамидная симптоматика
- седация
- снижение артериального давления
- повышение веса

При возникновении экстрапирамидной симптоматики необходимо назначить + _____ + препарат

- сосудистый
- антипаркинсонический
- антидепрессивный
- антипсихотический

Продолжительность этапа противорецидивной терапии должна составлять

- 6 месяцев
- 3 месяца
- 9 месяцев
- не менее 1-2 лет

Период полувыведения антипсихотических препаратов первого поколения составляет

- 24 часа
- 36 часов
- 48 часов
- 12 часов

Распространенность шизофрении в мире по данным эпидемиологических исследований составляет

- 24 часа
- 36 часов
- 48 часов
- 12 часов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 38 лет обратилась за помощью к психиатру в психоневрологический диспансер в сопровождении мужа

Жалобы

- * сниженное настроение

- * чувство тоски

- * отсутствие чувства удовольствия

- * ранние пробуждения

- * плохой аппетит

- * снижение массы тела

- * болезненные ощущения в теле

- * общая слабость

Анамнез заболевания

- * Психическое состояние изменилось 2 месяца назад после стресса – стала подавленной, нарушился сон, пропал аппетит.

- * Обращалась за помощью к психиатру по поводу депрессии 6 лет назад, лечилась амбулаторно. Принимала в течение 3 месяцев кломипрамин.

Анамнез жизни

- * Мать эмоциональная, тревожная. Отец злоупотребляет алкоголем, обращался за наркологической помощью. Бабушка по линии отца страдает деменцией.

- * Родилась в срок с весом 3500 г.

- * Раннее развитие без особенностей.

- * В школе училась хорошо.

- * Была активной, общительной.

- * Закончила музыкальную школу по классу фортепиано.

- * Образование высшее экономическое.

* Замужем с 25 лет. Имеет дочь.

* Страдает хроническим гастритом, гипотиреозом, остеохондрозом.

Объективный статус

Психический статус: Одета небрежно. Волосы не прибраны. На лице нет макияжа. Сидит не меняя позы. Голова и плечи опущены. Говорит тихим голосом. Сознание ясное. Ориентирована полностью в месте, времени, собственной личности. Обманы восприятия отрицает, поведением не обнаруживает. Бредовые идеи, суицидальные мысли не звучат. Настроение снижено. Выражение лица страдальческое. Самооценка снижена. На вопросы отвечает с паузами, односложно. Память, интеллект без грубой патологии. Астенизирована. Быстро истощается. В беседе безинициативна. К состоянию критична.

У пациентки можно предположить диагноз

- 24 часа
- 36 часов
- 48 часов
- 12 часов

Диагноз

Рекуррентное депрессивное расстройство

Биполярное аффективное расстройство

Расстройство приспособительных реакций

Смешанное тревожное и депрессивное расстройство

Ведущим синдромом в клинической картине является

- ипохондрический
- депрессивный
- астенический
- обсессивный

Тахикардия, мидриаз, спастические запоры при аффективных расстройствах являются проявлениями триады

- Крепелина
- Протопопова
- Кербикова
- Вальтер-Бюэля

Клинический вариант депрессии в данном случае можно определить как

- тревожный
- адинамический
- меланхолический
- анестетический

Пациентке в первую очередь рекомендовано назначение

- антипсихотика
- антидепрессанта
- психостимулятора
- транквилизатора

К антидепрессантам с седативными свойствами относятся

- кломипрамин, венлафаксин
- ИМАО (моклобемид и пирлиндол), флуоксетин, имипрамин и милнаципран
- амитриптилин, доксепин, trazодон, миансерин, мirtазапин и флувоксамин
- СИОЗС (пароксетин, циталопрам, эсциталопрам, сертралин)

Препаратами первого ряда выбора при депрессивном эпизоде умеренной степени являются

- трициклические антидепрессанты (ТЦА)
- селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС)
- ингибиторы моноаминооксидазы (ИМАО)
- ингибиторы обратного захвата норадреналина и дофамина (ИОЗНД)

Данной пациентке психиатрическая помощь должна оказываться

- амбулаторно (в группе лечебно-консультативной помощи)
- в условиях дневного стационара
- амбулаторно (в группе диспансерного наблюдения)
- стационарно

Продолжительность профилактической терапии при рекуррентном депрессивном расстройстве составляет

- 1 год
- 3-5 лет
- 6 месяцев
- 3 месяца

Наиболее тяжелым побочным эффектом антидепрессантов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) является

- гиперрефлексия
- нарушение координации движений
- сексуальная дисфункция
- серотониновый синдром

Годовая распространенность депрессий в популяции составляет + _____ + %

- 13-15
- 17-19
- 2-11
- 15-17

Рекуррентное аффективное расстройство в первую очередь обусловлено

- 13-15
- 17-19
- 2-11
- 15-17

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Молодой человек 17 лет обратился в психоневрологический диспансер в сопровождении матери с целью оформления академического отпуска по месту учебы

Жалобы

* слабость

* быстрая утомляемость

* нечеткость восприятия окружающего

* изменение восприятия себя – «организм функционирует не так, как раньше»,

«иначе стал реагировать на все»

* трудности концентрации внимания

* рассеянность – «внимания хватает на 20 – 40 мин.», «мысли вылетают из головы», «забываю за чем пошел», «теряю цель»

* снижение успеваемости

* чувство тяжести в голове

* беспокойный сон

* раздражительность

* снижение эмоционального реагирования

* отсутствие чувства радости

* трудности организации деятельности

Анамнез заболевания

* Со слов матери психические нарушения в течение 6 мес. – стал эмоционально неустойчивым, раздражительным, отмечались слабость, быстрая утомляемость.

* Обращался за помощью к неврологу. Принимал курсом сосудистые препараты без эффекта.

Анамнез жизни

* Наследственность отягощена – отец злоупотребляет алкоголем, имеет «тяжелый» характер. Мать по характеру замкнутая, является прихожанкой церкви адвентистов седьмого дня.

* Является единственным ребенком в семье.

* Родился в срок с весом 3500 г.

* Раннее развитие без особенностей.

* Посещал детский сад с 3-х лет, адаптировался быстро.

* В школе учился хорошо.

- * Занимался музыкой. Самостоятельно научился играть на гитаре.
- * Избирателен в контактах. Имеет двух друзей.
- * Учится на 2-м курсе авиационного колледжа.
- * В последнее время успеваемость в колледже снизилась. Решается вопрос о предоставлении академического отпуска по месту учебы.
- * В возрасте 10 лет травма головы, медицинскую помощь не получал.

Объективный статус

Психический статус: При общении напряжен. Избегает визуального контакта. Во время беседы смотрит в сторону. Ориентирован полностью в месте, времени, собственной личности. Обманы восприятия отрицает, поведением не обнаруживает. Бредовых идей не высказывает. Говорит тихим голосом. На вопросы отвечает с паузами. Мышление аморфное. На вопросы отвечает нечетко. Долго обдумывает вопросы. Интеллект соответствует полученному образованию. Быстро истощается. Внимание неустойчивое. Настроение несколько снижено. Мимика невыразительная. Переживает по поводу снижения обучаемости. К состоянию критичен.

Для уточнения диагноза пациенту необходимо в первую очередь назначить + _____ + исследование

- лабораторное
- инструментальное
- нейрофизиологическое
- экспериментально-психологическое

У пациента можно предположить диагноз

- лабораторное
- инструментальное
- нейрофизиологическое
- экспериментально-психологическое

Диагноз

Шизотипическое расстройство

Органическое эмоциональное лабильное (астеническое) расстройство

Неврастения

Ипохондрическое расстройство

Ведущим синдромом в клинической картине является

- ипохондрический
- обсессивно-фобический
- деперсонализационно-дереализационный
- аффективный

Трудности восприятия информации у пациента обусловлены

+ _____ + синдромом

- псевдоастеническим
- обсессивно-фобическим
- психоорганическим
- ипохондрическим

Для данного расстройства не характерны _____ нарушения

- «бедные симптомами»
- неврозоподобные
- психопатоподобные
- галлюцинаторно-бредовые

Пациенту необходимо в первую очередь назначить

- стабилизатор настроения
- транквилизатор
- антидепрессант
- антипсихотический препарат

Пациенту, наряду с антипсихотическим препаратом, может быть рекомендован прием

- транквилизатора
- ноотропа
- психостимулятора
- антидепрессанта

Наиболее частым побочным эффектом при назначении антипсихотических препаратов второго поколения является

- седация
- ортостатическая гипотония
- увеличение массы тела
- экстрапирамидная симптоматика

Для купирования первичной негативной симптоматики используют

- транквилизаторы
- антипсихотические препараты первого поколения
- антипсихотические препараты второго поколения
- антидепрессанты

Данное расстройство ранее не определялось как шизофрения

- субклиническая
- атипичная
- псевдоневрозическая
- амбулаторная

Прогноз данного расстройства, как правило, является

- неблагоприятным
- благоприятным
- сомнительным
- фатальным

Тип течения данного расстройства в большинстве случаев определяется как

- неблагоприятным
- благоприятным
- сомнительным
- фатальным

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 23 лет обратился к участковому психиатру.

Жалобы

На сниженное настроение, постоянное чувство усталости, раздражительность, снижение работоспособности.

Анамнез заболевания

В школе учился на «отлично», посещал занятия регулярно. В 7 классе после полученной за работу неудовлетворительной отметки неделю отказывался ходить в школу, несмотря на уговоры родителей. Боялся, плакал, прятался. За помощью не обращались, состояние нормализовалось самопроизвольно. Окончил 11 классов с золотой медалью. Со сверстниками общался мало, считали его «ботаником», но не «травили». После школы поступил в университет на специальность «инженер». На первом курсе во время сессии не успевал подготовиться к экзамену, учил по ночам в течение двух недель, почти не ел, не выходил из дома, ни с кем не общался, не отвечал на звонки родителей. На экзамене начал путаться в ответе, нервничать, дрожали руки, испытывал тошноту. Из-за ухудшившегося самочувствия покинул аудиторию. Был отправлен на пересдачу. По словам больного, «это был конец света», тяжело переживал. Выйдя из университета, встал на мосту, собирался прыгнуть, но передумал, купил бутылку водки, выпил «залпом, сколько смог», что было дальше — не помнит, очнулся дома. В течение еще недели не выходил из дома и ни с кем не общался, был на грани отчисления. Приехали родители, успокоили, состояние улучшилось, экзамен сдал. Университет окончил с красным дипломом. После устроился по специальности на предприятие, где и работает в данный момент. На работе имеет конфликты с начальством и коллегами, которые «придираются», говорят, что больной «все время возится и все делает медленно». Настоящее ухудшение в течение 7 дней после устного выговора от начальника за «невыполнение планов», «медленную работу», «конфликты с коллегами». По словам больного, коллеги «делают все небрежно, тят-ляп». Появились вышеописанные жалобы.

Анамнез жизни

В роду психически больных не было. Родители здоровы.

Родился в срок. Роды с осложнениями, применялось наложение акушерских щипцов.

Дальнейшее психомоторное развитие без особенностей. По словам больного, «рос в строгости», отец мог накричать, физически наказать. Окончил 11 классов. Высшее образование, инженер. В настоящее время работает по специальности на предприятии.

Хронические заболевания отрицает, оперативных вмешательств не переносил.

Аллергий не отмечает.

Не курит. Употребление наркотиков, алкоголя отрицает.

Объективный статус

В ясном сознании. Во времени, месте, собственной личности ориентирован верно. Одет аккуратно, волосы причесаны. На стуле сидит выпрямившись, на краю. Напряжен, тревожен, постоянно ерзает, поправляет рукава. Во время беседы несколько раз доставал из кармана футляр для очков, клал на колени, доставал из него салфетку, снимал очки, протирал, надевал очки обратно, затем убирал платок в футляр, а футляр — в карман. На вопрос, часто ли он протирает очки, отвечает: «простите, я не замечаю», при этом становится тревожен, снимает очки, разглядывает, тянется к карману, но потом надевает очки обратно. В разговоре подчеркнуто вежлив, держит дистанцию, беседу начал с фразы: «Здравствуйте доктор, извините, вы не будете против, если я отниму немного вашего времени?». Часто извиняется и просит прощения. Речь в обычном темпе, со множеством вводных оборотов, отступлений, подробным описанием переживаний. При этом легко поддается вербальной коррекции, переключается, поправляется. Описывая последовательность событий анамнеза, достал ежедневник, водил пальцем по календарю, сверялся с записями. Обнаружив, что потерял закладку, стал еще более напряжен, начал быстро перелистывать страницы, проверять карманы и портфель, с трудом вернулся в русло беседы. Внимание несколько застревающее, истощаемое. К концу беседы заметно устал, стал несколько раздражительным, начал срываться голос, подступили слезы, успокаивался несколько минут, глубоко дыша. Интеллектуально-мнестически представляется сохранным. Критичен к актуальным симптомам. Сон поверхностный, с пробуждениями. Аппетит снижен: «кусочек в горло не лезет».

Масса тела 70 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности.

Периферических отеков нет. Дыхание с жестким оттенком, ЧД 20 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 90 в 1 мин, АД 150/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

В данной ситуации пациенту необходимо провести

- неблагоприятным
- благоприятным
- сомнительным
- фатальным

Результаты обследования

Клиническое обследование (целенаправленный расспрос и выявление клинических симптомов)

Обнаружены следующие симптомы: сниженное настроение, тревога, астения, навязчивости, нарушения сна и аппетита, некоторая конкретность мышления, трудности переключения внимания, истощаемость внимания, слезливость.

Консультация эндокринолога

Без патологии

Общетерапевтическое обследование

Заключение терапевта: хронический гастрит, обострение. Гипертоническая болезнь 1 стадии, артериальная гипертензия 2 степени.

Неврологическое обследование

Заключение невролога: перинатальная энцефалопатия, дегенеративно-дистрофическое заболевание шейного отдела позвоночника, без очаговой неврологической симптоматики.

Из дополнительных методов для установки диагноза следует применить

- неблагоприятным
- благоприятным
- сомнительным
- фатальным

Результаты обследования

Экспериментально-психологическое обследование

Во время беседы активно рассказывает о себе. На предлагаемых заданиях сосредотачивается с замедлением.

Инструкции усваивает легко, без замедления. Доступны все мыслительные операции.

Стремится выполнить задание идеально, расстраивается при неудачах, при этом успехи особо не отмечает.

В ходе исследования была обнаружена некоторая обстоятельность суждений, склонность к конкретно-ситуационным решениям. Запоминание и воспроизведение без затруднений, однако внимание истощаемое. Темп сенсомоторных реакций неравномерен, с постепенной вработываемостью и ухудшением к концу задания.

В суждениях ригиден.

Интеллект на уровне высокой нормы.

Электрокардиография

Синусовая тахикардия, ЧСС 90 в мин. Вариант нормальной ЭКГ.

Электроэнцефалографическое исследование

Диффузные ирритативные изменения биоэлектрической активности на диэнцефальном уровне. Пароксизмальной эпилептической активности не выявлено.

Реоэнцефалография

В бассейне сонной артерии тонус артерий крупного калибра незначительно снижен, тонус артерий среднего и мелкого калибра повышен, эластические свойства артерий слева незначительно снижены. В бассейне позвоночных артерий тонус артерий крупного калибра слева умеренно снижен, тонус артерий среднего и мелкого калибра повышен, эластические свойства артерий незначительно повышены справа.

Данный случай следует расценить как

- неблагоприятным
- благоприятным
- сомнительным
- фатальным

Диагноз

Ананкастное расстройство личности, декомпенсация (F60.52)

Генерализованное тревожное расстройство (F41.1)

Острая реакция на стресс (F43.0)

Рекуррентное депрессивное расстройство, депрессивный эпизод умеренной тяжести, без соматических симптомов (F33.10)

Появление у больного к концу беседы раздражительности, реакции плача, усиления тревоги следует считать проявлениями

- астенического компонента состояния
- паратимии
- депрессивного синдрома

- обсессивного состояния

Затруднения адаптации пациента в учебе и работе обусловлены

- перфекционизмом
- обстоятельностью мышления
- желанием признания
- сниженным настроением

В случае усиления выраженности переживаний сниженного настроения данному пациенту целесообразно назначить препарат из группы

- антидепрессантов
- транквилизаторов и нейролептиков с анксиолитическим действием
- нормотимиков и нейролептиков с активирующим действием
- нормотимиков и нейролептиков с анксиолитическим действием

Целью лечения в данном случае является

- купирование симптомов, коррекция патологических реакций в поведении
- гармонизация личностных черт
- достижение устойчивой ремиссии
- излечение расстройства личности

Основным методом немедикаментозного лечения при данном расстройстве является

- лечебная физкультура
- транскраниальная магнитная стимуляция
- массаж
- психотерапия

Эффективным вариантом психотерапии текущих дезадаптивных эмоциональных переживаний и поведенческих проявлений пациента является

- когнитивно-поведенческая
- семейная
- рациональная
- психодрама

В случае выхода на первый план в клинической картине у данного пациента стойких циклических колебаний настроения следует рассмотреть вопрос о добавлении к терапии

- антипсихотика
- антидепрессанта
- нормотимика
- ноотропа

Психофармакотерапию данного случая следует проводить

- непродолжительными курсами, начиная с высоких доз
- длительно, высокими дозами
- длительно, средними дозами
- непродолжительными курсами, начиная с малых доз

Наиболее целесообразным условием лечения данного пациента является

- непродолжительными курсами, начиная с высоких доз
- длительно, высокими дозами
- длительно, средними дозами
- непродолжительными курсами, начиная с малых доз

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 28 лет обратился к участковому психиатру.

Жалобы

На сниженное настроение, постоянное чувство усталости, раздражительность в адрес матери.

Анамнез заболевания

В школе учился на "3" и "4", со сверстниками общался мало, был объектом насмешек, так как приходил и покидал школу в сопровождении мамы. Друзей не было, мама не разрешала гулять. После общеобразовательной школы мама отводила в музыкальную, затем забирала оттуда. Окончил 9 классов общеобразовательной школы и 5 классов по специальности «Скрипка». За время учебы несколько раз впадал в «депрессию», не выходил из комнаты, ни с кем не разговаривал, уходил из дома, возвращался на следующий день. Ночевал «где придется». После школы по настоянию матери поступил в музыкальное училище. Матерью же для пациента была выкуплена комната в коммунальной квартире. Из квартиры выходил только на учебу и в магазин, друзей не завел. Мама приезжала к больному раз в неделю, покупала продукты, делала уборку, стирала, опрашивала соседей, не водит ли сын «всяких уродов и проституток» в комнату. Дважды пытался завести отношения с девушками, но мать больного их не одобрила. В течение последнего года

состояние постепенно ухудшалось, снижалось настроение, снижался аппетит. Вскоре снизилась успеваемость, потом начались прогулы. На данный момент на грани отчисления. Мама приехала к больному в комнату, чтобы контролировать его подготовку к занятиям. Произошел скандал, мать решила не давать больному деньги и не покупать ему продукты. Не приезжала и не звонила в течение 3 недель. Настоящее ухудшение в течение 10 дней, в течение которых пациент целыми днями лежит в кровати, отказывается от еды, похудел на 9 килограмм за последний месяц.

Анамнез жизни

Наследственность психопатологически неотягощена. Рос с директивной, строгой матерью. Родился в срок. В младенчестве перенес тяжелую анемию, пневмонию. Раннее психомоторное развитие без особенностей. Окончил 9 классов. В настоящее время учится в музыкальном училище.

Хронические заболевания отрицает, оперативных вмешательств не переносил.

Аллергий не отмечает.

Не курит. Употребление наркотиков, алкоголя отрицает.

Объективный статус

На приеме с матерью. Сознание ясное. Во времени, месте, собственной личности ориентирован верно. Волосы растрепаны. Сидит сгорбившись, опустив голову, смотрит в пол и на сцепленные пальцы рук. В беседе пассивен, анамнестические сведения предоставляет мать. При беседе без присутствия матери пациент напряжен, тревожен, оглядывается на дверь кабинета. На вопрос, почему оглядывается, напрягается, втягивает голову, молчит, потом отвечает: «Вдруг мама слышит?». Держит на коленях рюкзак, обняв руками. О себе рассказывает сбивчиво, неохотно. На вопросы реагирует напряжением, прячет глаза, оглядывается. Боится «что-то не то сказать». Собственных интересов, своей точки зрения не имеет, во всем ориентируется на мать. Свое состояние описывает с трудом. Говоря о тоске и тревоге, показывает ладонью на грудь, сжимает в кулак, говорит: «Будто камень вот здесь». Выражение лица напряженное, хмурое, иногда плачущее. Движения несколько медлительные. Речь тихая, несколько замедлена. Мышление не замедлено, без грубых нарушений по структуре. Настроение сниженное, «ничего не хочу», «ничего не нравится». Высказывает идеи вины перед матерью за то, что не может оправдать ее надежд, до некоторой степени поддается разубеждению, начинает улыбаться, но скоро опять хмурится. Галлюцинирующим не представляется. Сон поверхностный, аппетит снижен. За последний месяц похудел на 9 килограмм.

Масса тела 61 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание с жестким оттенком, ЧД 20 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 80 в 1 мин, АД 120/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

В данной ситуации пациенту необходимо провести

- непродолжительными курсами, начиная с высоких доз
- длительно, высокими дозами
- длительно, средними дозами
- непродолжительными курсами, начиная с малых доз

Результаты обследования

Клиническое обследование (целенаправленный расспрос и выявление клинических симптомов)

Обнаружены следующие симптомы: сниженное настроение, тревога с витальным компонентом, замедление речи, замедление моторной деятельности, сверхценные идеи вины, нарушения сна и аппетита.

Консультация эндокринолога

Без патологии

Общетерапевтическое обследование

Заключение терапевта: хронический гастрит, вне обострения.

Неврологическое обследование

Заключение невролога: дегенеративно-дистрофическое заболевание шейного отдела позвоночника, без очаговой неврологической симптоматики.

Из дополнительных методов для установки диагноза следует применить

- непродолжительными курсами, начиная с высоких доз
- длительно, высокими дозами
- длительно, средними дозами
- непродолжительными курсами, начиная с малых доз

Результаты обследования

Экспериментально-психологическое обследование

Во время беседы пассивен, беседу не ведет. На предлагаемых заданиях сосредотачивается с замедлением.

Инструкции усваивает медленно. Внимание сосредотачивает с трудом.

При выполнении задания ориентирован вызвать одобрение и похвалу со стороны исследователя.

В ходе исследования была обнаружена склонность к конкретно-ситуационным решениям. Запоминание затруднено, объем памяти снижен, внимание истощаемое. Темп сенсомоторных реакций замедлен.

Круг интересов примитивен, во взглядах податлив, непостоянен, склонен искать одобрения.

В суждениях ригиден.

Интеллект на уровне средней нормы.

Электрокардиография

Синусовая тахикардия, ЧСС 80 в мин. Вариант нормальной ЭКГ.

Электроэнцефалографическое исследование

Диффузные ирритативные изменения биоэлектрической активности на диэнцефальном уровне. Пароксизмальной эпилептической активности не выявлено.

Реоэнцефалография

В бассейне сонной артерии тонус артерий крупного калибра незначительно снижен, тонус артерий среднего и мелкого калибра повышен, эластические свойства артерий слева незначительно снижены. В бассейне позвоночных артерий тонус артерий крупного калибра слева умеренно снижен, тонус артерий среднего и мелкого калибра повышен, эластические свойства артерий незначительно повышены справа.

Данный случай следует расценить как

- непродолжительными курсами, начиная с высоких доз
- длительно, высокими дозами
- длительно, средними дозами
- непродолжительными курсами, начиная с малых доз

Диагноз

Зависимое расстройство личности, декомпенсация (F60.72)

Генерализованное тревожное расстройство (F41.1)

Острая реакция на стресс (F43.0)

Рекуррентное депрессивное расстройство, депрессивный эпизод умеренной тяжести, без соматических симптомов (F33.10)

Сниженное настроение, тревогу и тоску с ощущением «будто камня в груди», замедление речи и моторики следует считать проявлениями

- аутопсихической деперсонализации
- депрессивного синдрома
- астенического синдрома
- тревожного синдрома

Состояние больного на данный момент следует расценивать как

- декомпенсацию
- рецидив
- эксацербацию
- обострение

Для фармакологического лечения текущего состояния показаны

- психостимуляторы
- препараты ацетилхолина
- транквилизаторы
- ноотропные препараты

Целью лечения в данном случае является

- гармонизация личностных черт
- купирование симптомов, коррекция патологических реакций в поведении
- излечение расстройства личности
- достижение устойчивой ремиссии

Основным методом немедикаментозного лечения при расстройстве личности является

- санаторно-курортное лечение
- лечебная физкультура
- психотерапия
- трудотерапия

Учитывая наличие депрессивной симптоматики, наиболее эффективной и безопасной разновидностью психотерапии данного пациента является

- гештальт-терапия
- когнитивная
- арт-терапия
- суггестивная

В случае выхода на первый план в клинической картине у данного пациента циклических колебаний настроения следует рассмотреть вопрос о добавлении к терапии

- нормотимика
- ноотропа
- антипсихотика
- седативных средств

Выбор конкретного вида психофармакотерапии при данном расстройстве зависит, прежде всего, от

- длительности состояний компенсации
- структуры синдрома
- длительности состояния декомпенсации
- частоты появления состояний декомпенсации в анамнезе

наиболее целесообразным условием лечения данного пациента является

- длительности состояний компенсации
- структуры синдрома
- длительности состояния декомпенсации
- частоты появления состояний декомпенсации в анамнезе

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 25 лет обратился к участковому психиатру.

Жалобы

На снижение настроения, трудности при засыпании, «отсутствие желания жить».

Анамнез заболевания

Считает себя «излишне впечатлительным» с детства. Первый раз испытал «нежелание жить» в 8 классе школы, когда сверстники дразнили его из-за

«уродливого носа». Тогда, придя домой, заявил родителям, что собирается умереть, на глазах у семьи схватил вилку и пытался нанести себе рану в области лица. Родители успокоили, за помощью не обращались. В 11 классе начались проблемы в отношениях с девушкой, в течение месяца несколько раз расставались и сходились снова. Девушке заявлял, что «не может без нее жить», угрожал «выброситься из окна». Однажды в порыве чувств порезал руку и показывал ей порезы, запачкав кровью мебель в ее квартире, чтобы «показать ей свои чувства». После расставания «было так тяжело», что «ушел в запой», пил с друзьями шампанское в течение 2 дней. После школы поступил в актерское училище, так как «только на сцене чувствует себя живым». Отчислился с первого курса из-за плохой посещаемости, после поступил снова. На третьем курсе пытался покончить с собой, на глазах у подруги порезав вены, так как «режиссер не дала главную роль». Ни с одной суицидальной попыткой не госпитализировался. По окончании актерского училища уже год нигде не работает, так как «находится в творческом поиске». Настоящее ухудшение в течение 3 дней. 3 дня назад обратился в частную клинику к пластическому хирургу, с желанием исправить форму ушей посредством операции. В операции было отказано, что сильно расстроило пациента. По словам больного, из-за этого «жизнь потеряла краски», «пропало желание жить».

Анамнез жизни

Родители здоровы. Со слов, в роду психически больных не было. Гипоксия в родах, перинатальная энцефалопатия. Дальнейшее психомоторное развитие без особенностей. Окончил 11 классов. Окончил школу актерского мастерства. Профессиональных вредностей не имел. В настоящее время не работает.

Хронические заболевания отрицает, оперативных вмешательств не переносил.

Аллергий не отмечает.

Не курит. Употребление наркотиков эпизодическое. Алкоголь употребляет после «нервных потрясений, тяжелых ролей» 1-3 раза в месяц, до 1 бутылки шампанского в компании коллег.

Объективный статус

Сознание ясное. Во времени, месте, собственной личности ориентирован верно. Волосы уложены, глаза подведены, пользуется блеском для губ. Жестикуляция яркая, театральная. Мимические реакции живые, выразительные. Во время беседы делает комплименты врачу. Дистанцию не соблюдает, во время разговора передвигает вещи на столе врача, берет врача за руку. Витального снижения настроения не обнаруживается. Напряжен, сидит на краешке стула. Рассказывая о себе, встает и ходит по кабинету. Рассказывая о пластическом

хирурге, начинает плакать, быстро успокаивается, шутит, снова плачет, снова успокаивается. «Понимаете, «обычные уши» это хуже, чем оскорбление! Я теперь не могу спать!». Голос выразительный, речь в обычном темпе. Мышление без грубых расстройств по темпу и структуре. Суждения легковесны, поверхностны. Свою фразу о том, что «жизнь потеряла краски» называет художественной метафорой. Интеллект и память сохранены. Обманов восприятия прямо и косвенно не выявлено. С напором, несколько раз заявляет о том, что ему «незачем жить», при этом суицидального плана пациент не имеет, при беседе суицидные тенденции также не обнаруживаются. Частично критичен к своему состоянию: «так больше продолжаться не может», просит о помощи.

Масса тела 70 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание с жестким оттенком, ЧД 20 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 70 в 1 мин, АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Необходимое в данной ситуации обследование включает в себя

- длительности состояний компенсации
- структуры синдрома
- длительности состояния декомпенсации
- частоты появления состояний декомпенсации в анамнезе

Результаты обследования

Клиническое обследование (целенаправленный расспрос и выявление клинических симптомов)

Обнаружены следующие симптомы: сниженное настроение, аффективная лабильность, демонстративность в поведении и экспрессивных проявлениях, демонстративные суицидальные высказывания, нарушенный сон, психомоторная расторможенность, снижение контроля над побуждениями, сверхценные идеи.

Консультация эндокринолога

Без патологии

Общетерапевтическое обследование

Заключение терапевта: гипертоническая болезнь 2 стадии, артериальная гипертензия 2 степени.

Неврологическое обследование

Заключение невролога: перинатальная энцефалопатия, дегенеративно-

дистрофическое заболевание шейного отдела позвоночника, без очаговой неврологической симптоматики.

Из дополнительных методов обследования для установки диагноза следует применить

- длительности состояний компенсации
- структуры синдрома
- длительности состояния декомпенсации
- частоты появления состояний декомпенсации в анамнезе

Результаты обследования

Экспериментально-психологическое обследование

Во время беседы активно рассказывает о себе. На предлагаемых заданиях сосредотачивался с трудом, отвлекаясь на разговор с психологом. На успех и неудачи реагировал подчеркнуто выразительно, в соответствии с контекстом.

Инструкции усваивает в короткий срок и без затруднений. Доступны все мыслительные операции. Достаточно высокий уровень общения.

В ходе исследования была обнаружена некоторая обстоятельность суждений, склонность к конкретно-ситуационным решениям. Запоминание и воспроизведение несколько затруднены, возможно, в следствие истощаемости внимания. Темп сенсомоторных реакций неравномерен.

Склонен занимать внешне-обвиняющую позицию. В суждениях инфантилен. Демонстративен в поведении.

Интеллект на уровне низкой нормы.

Электрокардиография

Синусовый ритм, ЧСС 70 в мин. Вариант нормальной ЭКГ.

Электроэнцефалографическое исследование

Диффузные ирритативные изменения биоэлектрической активности на диэнцефальном уровне. Пароксизмальной эпилептической активности не выявлено.

Реоэнцефалография

В бассейне сонной артерии тонус артерий крупного калибра незначительно снижен, тонус артерий среднего и мелкого калибра повышен, эластические свойства артерий слева незначительно снижены. В бассейне позвоночных артерий тонус артерий крупного калибра слева умеренно снижен, тонус

артерий среднего и мелкого калибра повышен, эластические свойства артерий незначительно повышены справа.

Данный случай следует расценить как

- длительности состояний компенсации
- структуры синдрома
- длительности состояния декомпенсации
- частоты появления состояний декомпенсации в анамнезе

Диагноз

Истерическое расстройство личности, декомпенсация (F60.42)

Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий депрессивный эпизод умеренной тяжести без соматических симптомов (F33.00)

Острая реакция на стресс (F43.0)

Депрессивный эпизод умеренной тяжести, без соматических симптомов (F32.10)

Характер совершения в анамнезе самопорезов указывает на

- демонстративность личности
- малую интенсивность истинных суицидальных намерений
- амбивалентность
- паралогичность мышления

Особенности мимики, жестикуляции и интонаций больного следует считать проявлением

- профессиональных актерских навыков
- манерности
- демонстративности
- паратимии

Фармакологическое лечение текущего состояния следует проводить препаратом из группы

- психостимуляторов
- нейролептиков
- антидепрессантов

- ноотропов

Целью лечения в данном случае является

- гармонизация личностных черт
- излечение расстройства личности
- купирование симптомов, коррекция патологических реакций в поведении
- достижение устойчивой ремиссии

Основным методом немедикаментозного лечения данного пациента является

- психотерапия
- иглорефлексотерапия
- лечебная физкультура
- санаторно-курортное лечение

Для коррекции дезадаптивных установок и эмоциональных переживаний пациента наиболее эффективным вариантом психотерапии является

- рациональная
- когнитивно-поведенческая
- телесно-ориентированная
- аутотренинг

В случае появления у пациента снижения настроения с суицидными мыслями целесообразно назначение

- ноотропа
- нормотимика
- антидепрессанта
- анксиолитика

Выбор конкретного вида психофармакотерапии при данном расстройстве зависит, прежде всего, от

- длительности состояний компенсации
- длительности состояния декомпенсации
- частоты появления состояний декомпенсации в анамнезе
- структуры синдрома

Выбор условий терапии данного эпизода следует осуществлять, прежде всего, с учетом

- длительности состояний компенсации
- длительности состояния декомпенсации

- частоты появления состояний декомпенсации в анамнезе
- структуры синдрома

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 42 лет обратился к участковому психиатру.

Жалобы

На снижение настроения, раздражительность в адрес жены и детей (жена «специально пересаливает еду», дети «мстят за наказания» своим плохим поведением), вспышки агрессии (дома порвал на кусочки дневник сына, сломал замок на двери в комнату; на работе поругался с коллегой, «метящим на его место», разбил степлер о стену), трудности при засыпании. Просит «успокоительных препаратов», «а то доведут меня».

Анамнез заболевания

Состояния «агрессивности» и сниженного настроения отмечает с 15 лет, когда имел конфликты в школе: дрался со сверстниками, ругался с учителями. Считает, что одноклассники пытались его «подставить» и «очернить». В возрасте 22 лет дважды менял место работы из-за «придинок начальства», в разгаре конфликтов бил о стену кружки, электроприборы. В 27 лет в порыве ревности разбил лобовое стекло автомобиля коллеги своей сожительницы, с которой скандалил в течение двух недель, подозревая в неверности, и вскоре расстался. За помощью не обращался, состояние улучшалось самостоятельно в течение нескольких недель. В 30 лет женился, в 31 год, когда жена забеременела, «ушел в запой» на 5 дней, потому что боялся, что ребенок не от него. Настоящее ухудшение в течение двух недель.

Анамнез жизни

Родители здоровы. Со слов, в роду психически больных не было. Гипоксия в родах, перинатальная энцефалопатия. Дальнейшее психомоторное развитие без особенностей.

Образование среднее специальное. Профессиональных вредностей не имел. В настоящее время работает частным предпринимателем.

Хронические заболевания отрицает, аппендэктомия в 22 года.

Аллергий не отмечает.

Курит по пачке сигарет в день, употребление алкоголя и наркотиков отрицает.

Объективный статус

В ясном сознании. Во времени, месте, собственной личности ориентирован верно. Внешне напряжен, движения резкие, часто меняет позу в кресле, стучит кулаком по коленям. Угрюм, лицо хмурое. Во время беседы раздраженно спрашивает: «Что вы там пишете?»; подозрителен: увидев, как другой врач разговаривает по телефону, спросил «Кому вы звоните? Про меня хотите рассказать?», переживания раскрывает не сразу, но подробно. Высокомерен, не терпит несогласия, иногда перебивает. Настроение снижено: «меня все это доканивает». Зол на жену, детей и коллег. Речь по темпу не изменена, голос громкий. Мышление без грубых нарушений по темпу и структуре. Наличие обманов восприятия отрицает, косвенно поведением не обнаруживает. Интеллект и память сохранены. К своему состоянию относится критично: «не могу себя сдерживать», «пора лечиться уже», «дети бояться начинают». Однако в злонамеренности коллеги, и в том, что жена «провоцирует» конфликты, уверен, при попытке поспорить озлобляется, повышает голос, начинает объяснять и доказывать свою позицию.

Сон нарушен, засыпает с трудом, после 2 часов ночи, просыпается по будильнику, разбитый и раздраженный. Аппетит не снижен.

Масса тела 98 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание с жестким оттенком, ЧД 20 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 82 в 1 мин, АД 135/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Необходимое в данной ситуации обследование включает в себя

- длительности состояний компенсации
- длительности состояния декомпенсации
- частоты появления состояний декомпенсации в анамнезе
- структуры синдрома

Результаты обследования

Клиническое обследование (целенаправленный расспрос и выявление клинических симптомов)

Обнаружены следующие симптомы: сниженное настроение, аффективная лабильность с раздражительностью, умеренная дисфоричность, нарушенный сон, психомоторная расторможенность, снижение контроля над побуждениями, сверхценные идеи отношения.

Консультация эндокринолога

Ожирение 1 степени

Общетерапевтическое обследование

Заключение терапевта: гипертоническая болезнь 2 стадии, артериальная гипертензия 2 степени.

Неврологическое обследование

Заключение невролога: перинатальная энцефалопатия, дегенеративно-дистрофическое заболевание шейного отдела позвоночника, без очаговой неврологической симптоматики.

Из дополнительных методов для установки диагноза следует применить

- длительности состояний компенсации
- длительности состояния декомпенсации
- частоты появления состояний декомпенсации в анамнезе
- структуры синдрома

Результаты обследования

Экспериментально-психологическое обследование

Во время беседы подозрителен, тон резкий. Предлагаемые задания выполнял нехотя, после успешного выполнения задания рывком отодвигал от себя карточки, на затруднения в процессе заданий реагировал раздражением.

Инструкции усваивает в короткий срок и без затруднений. Доступны все мыслительные операции. Достаточно высокий уровень общения.

На пояснения к заданиям несколько раз реагировал враждебно, резко отказывался от пояснений.

В ходе исследования была обнаружена некоторая обстоятельность суждений, склонность к конкретно-ситуационным решениям. Запоминание и воспроизведение не затруднены. Темп сенсомоторных реакций несколько замедлен.

Склонен занимать внешне-обвиняющую позицию.

Интеллект на уровне средней нормы.

Электрокардиография

Синусовый ритм, ЧСС 86 в мин. Положение электрической оси сердца полугоризонтальное.

Электроэнцефалографическое исследование

Диффузные ирритативные изменения биоэлектрической активности на диэнцефальном уровне. Пароксизмальной эпилептической активности не выявлено.

Реоэнцефалография

В бассейне сонной артерии тонус артерий крупного калибра незначительно снижен, тонус артерий среднего и мелкого калибра повышен, эластические свойства артерий слева незначительно снижены. В бассейне позвоночных артерий тонус артерий крупного калибра слева умеренно снижен, тонус артерий среднего и мелкого калибра повышен, эластические свойства артерий незначительно повышены справа.

Данный случай следует расценить как

- длительности состояний компенсации
- длительности состояния декомпенсации
- частоты появления состояний декомпенсации в анамнезе
- структуры синдрома

Диагноз

Параноидное расстройство личности, декомпенсация (F60.02)

Шизофрения, параноидная форма (F20.00)

Биполярное аффективное расстройство текущий эпизод легкой или умеренной депрессии с соматическими симптомами (F31.31)

Органическое бредовое расстройство в связи с эпилепсией (F06.20)

Уверенность больного в дурных намерениях коллег по работе, жены и детей является

- навязчивым чувством антипатии
- сверхценной идеей
- бредом ущерба
- патологическими фантазиями

Повторяющиеся в течение жизни больного состояния с повышенной конфликтностью, агрессивностью, подозрительностью следует считать

- обострениями
- реакциями акцентуированной личности на стресс
- декомпенсациями
- циклотимическими фазами

Фармакологическое лечение текущего состояния следует проводить препаратом из группы

- транквилизаторов
- антипсихотиков
- антидепрессантов
- нормотимиков

Целью лечения в данном случае является

- достижение устойчивой ремиссии
- купирование симптомов, коррекция патологических реакций в поведении
- гармонизация личностных черт
- излечение расстройства личности

Основным методом немедикаментозного лечения данного состояния является

- прикладное творчество
- психотерапия
- санаторно-курортное лечение
- лечебная физкультура

Для коррекции дезадаптивных эмоциональных переживаний и поведенческих проявлений наиболее эффективным вариантом психотерапии является

- групповая
- психодрама
- гипносуггестивная
- когнитивно-поведенческая

В случае появления в клинической картине у пациента циклических колебаний настроения следует рассмотреть вопрос о добавлении к терапии

- антидепрессантов
- анксиолитиков
- нормотимиков
- ноотропов

Выбор конкретного вида психофармакотерапии при данном расстройстве зависит, прежде всего, от

- длительности состояний компенсации
- структуры синдрома
- частоты появления состояний декомпенсации в анамнезе
- длительности состояния декомпенсации

При амбулаторном ведении данного пациента следует учитывать опасность появления у него

- длительности состояний компенсации
- структуры синдрома
- частоты появления состояний декомпенсации в анамнезе
- длительности состояния декомпенсации

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 21 года обратился к участковому психиатру.

Жалобы

На «страх всего», сопровождающий любое действие, «волнение», «панические атаки», «внезапно накатывает ужас».

Анамнез заболевания

Всегда был склонен к фантазированию, любил рисовать, писать рассказы, выступать перед зрителями. С раннего детства с трудом адаптировался в коллективах сверстников («то, что их интересовало, мне было неинтересно»), были натянутые отношения с учителями («говорили глупости»).

Последние 4 месяца усилилась тревога, появились «панические атаки», что связывает с «психологическим давлением» со стороны близких и «самого себя». Ухудшились отношения с родителями.

Анамнез жизни

У матери психическое расстройство. У бабушки сахарный диабет 2 типа.

Образование среднее специальное. Не работал, объясняет это тем, что «не брали без опыта работы».

В раннем детстве и дошкольном возрасте наблюдался неврологом по поводу возбудимости, гиперактивности, беспокойного сна, эмоциональной

лабильности. В дошкольном возрасте перенес сотрясение головного мозга, прошел курс терапии у невролога. В школьном возрасте беспокоили головные боли, утомляемость при нагрузках.

Оперативные вмешательства отрицает.

Аллергий не отмечает.

Не курит, раньше изредка выпивал до 0,5 л водки с друзьями, последние полгода от употребления алкоголя воздерживается.

Объективный статус

Вначале держится отстраненно, на лице подчеркнутое сосредоточенно-страдальческое выражение. В беседу вступает с видимой неохотой, говорит высокопарно, бравирует сложными терминами («ментальная слабость»), хотя не всегда может объяснить их значение. Мимика, жесты выглядят наигранными. Глаза прикрыты, голос тихий, с небрежной интонацией – впечатление, что подчеркивает свое плохое самочувствие и как будто бравирует им. Эмоциональные реакции с наигранностью, экспрессией, несколько меняются в зависимости от отношения пациента к теме беседы. Внешне подавлен, медлителен. При обсуждении значимых для него моментов начинает говорить чуть быстрее, подробнее описывает свои переживания. С утра чувствует себя хуже, трудно что-либо делать, к вечеру настроение немного лучше. Суждения поверхностные. Временами дает противоречивые описания («ничего не интересно», но дома, со слов, любит расслабиться, послушать приятную музыку, на этой почве сохранил общение с двумя школьными друзьями). О близких высказывается холодно, считает, что родители с детства наносили ему «психологическую травму», с недовольством говорит, что они требуют от него пойти на работу и обеспечивать себя. Отмечает, что изучает свою личность, для этого прочитал много книг по психологии. Планов на будущее не строит, вместе с тем проявляет заинтересованность результатами беседы, от предложенной помощи не отказывается. Сон с затруднением засыпания, частыми пробуждениями. Аппетит снижен.

Масса тела 68 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 76 в 1 мин, АД 115/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

К обследованиям, необходимым для постановки диагноза, относятся

- длительности состояний компенсации
- структуры синдрома
- частоты появления состояний декомпенсации в анамнезе
- длительности состояния декомпенсации

Результаты обследования

Клинико-психопатологическое обследование

Обнаружены следующие симптомы: демонстративность эмоционально-экспрессивных проявлений, тревожное напряжение, сниженное настроение с преобладанием тревоги, без признаков витальной тоски, лабильность эмоциональных проявлений, нарушенный сон.

Экспериментально-психологическое обследование

На первый план выступают личностные особенности: демонстративность поведения и суждений, психический инфантилизм, что позволяет говорить о преобладании истероидного радикала в структуре личности. Эмоциональное состояние неустойчивое, с тревожностью, гипотимией, неуверенностью. Определяется умеренное снижение нейродинамики, снижение показателей внимания и памяти от легкого до умеренного.

Электроэнцефалографическое обследование

Диффузное умеренное нарушение биоэлектрической активности свидетельствует о дисфункции корково-подкорковых взаимоотношений и повышении процессов возбуждения.

Неврологическое обследование

Заключение невролога: резидуальная энцефалопатия посттравматической этиологии, синдром вегетативной дисфункции, церебрастенический синдром.

Эндокринологическое обследование

Консультация эндокринолога: эндокринопатии не выявлено

Общетерапевтическое обследование

В лечении у терапевта не нуждается.

Для установки диагноза первостепенное значение в представленном случае имеет анализ особенностей

- длительности состояний компенсации
- структуры синдрома
- частоты появления состояний декомпенсации в анамнезе
- длительности состояния декомпенсации

Результаты обследования

Эмоциональная сфера

Эмоциональные реакции с наигранностью, экспрессией, лабильные (меняются в зависимости от отношения пациента к теме беседы)

Восприятие

Искажений и обманов восприятия не обнаружено

Сознание

Объективно: сознание формально не помрачено. Ориентирован всесторонне верно.

Память

Нарушений памяти не обнаружено

Основным диагнозом является

- длительности состояний компенсации
- структуры синдрома
- частоты появления состояний декомпенсации в анамнезе
- длительности состояния декомпенсации

Диагноз

Истерическое расстройство личности (F60.4)

Смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (F43.22)

Паническое расстройство (F41.0)

Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод легкой степени без соматических симптомов (F33.00)

Появление в клинической картине тревоги, нарушений сна, ухудшение отношений с близкими следует рассматривать как

- текущий острый приступ
- текущее обострение
- состояние декомпенсации
- патологическое развитие личности

Описанные внешние особенности мимики, жестов, интонации голоса относятся к проявлениям

- дискинезии
- демонстративности
- дисфории
- парабулии

Терапию имеющихся расстройств следует проводить с помощью

- электросудорожной терапии
- санаторно-курортного лечения
- психотерапии
- неврологической терапии

Учитывая текущий психический статус пациента, психофармакологическую терапию целесообразно назначить

- на всех этапах терапии
- в случае выраженной отрицательной динамики расстройств
- на начальном этапе терапии
- на этапе реабилитации

При данном расстройстве имеется риск развития зависимости от психоактивных веществ в случае назначения

- бензодиазепиновых транквилизаторов
- типичных антипсихотиков
- нормотимиков
- антидепрессантов

Основной целью психотерапии в данном случае является

- усиление эффекта фармакологической терапии
- изменение структуры личности
- нормализацию субъективного самочувствия пациента
- достижение стабильной социальной адаптации пациента

Лечение пациента следует проводить в условиях

- санатория
- амбулаторного приема
- психиатрического стационара
- психосоматического отделения многопрофильного стационара

Для оценки выраженности патохарактерологических черт в структуре экспериментально-психологического обследования рекомендуется использовать

- цветовой тест Люшера
- метод «рисунок несуществующего животного»
- шкалу Гамильтона для оценки тревоги
- опросник ММРІ

Наибольшее значение для реабилитации данного пациента имеет

- цветовой тест Люшера
- метод «рисунок несуществующего животного»
- шкалу Гамильтона для оценки тревоги
- опросник ММРІ

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Родители пациента 4-х лет обратились на консультативный амбулаторный прием.

Жалобы

Ребенок не говорит, не понимает обращенную речь.

Анамнез заболевания

Наследственность по психопатологии не отягощена. От 2 беременности (первая - медаборт), протекавшей на фоне угрозы прерывания. Роды срочные, обвитие пуповиной. При рождении цианоз, закричал не сразу. Оценка по Апгар 4/5, выписался из роддома на 5 сутки. Раннее психомоторное развитие: Сел в 7 мес. Ходит с 1 г. 5 мес. На 1 году жизни наблюдался неврологом с перинатальной энцефалопатией. Принимали курсами пантокальцин, церебролизин – без выраженного эффекта.

В настоящее время не говорит, не понимает обращенную речь. Стал пользоваться горшком в возрасте 3 г. 11 мес. Ложку держать умеет, но самостоятельно не ест, кормит мама. Не умеет одеваться. В 3 года начал посещать ДДУ, адаптировался плохо, с детьми не взаимодействовал. В настоящее время ДДУ не посещает (в связи с переездом, не подошла очередь). Недавно стал обращать внимание на других детей. Ролевой игры нет. Названия игрушек не знает, не знает названия животных, цветов. Предметы по цветам

раскладывает. Любит перелистывать книги, рисовать в них и рвать, раскачивается под музыку.

Анамнез жизни

Наследственность по психопатологии не отягощена.

На диспансерном учете у врачей не состоит.

Судороги, операции, ЧМТ отрицают.

Хронические заболевания отрицают.

Аллергий не отмечают.

Объективный статус

В ясном сознании. Настроение хорошее. Двигательно расторможен, неусидчив. Чему-то бессмысленно улыбается. Держится только рядом с мамой, тактильного контакта не избегает, демонстрирует комплекс оживления при поглаживании матерью по голове. Во время приема раскидывает игрушки, игрового сюжета нет. Зациклен на неигровых предметах. Рвется залезть в чужую сумку. Запретов не понимает. Речи нет, издает протяжные звуки. Обращенную речь не понимает.

Для определения этиологии и оценки динамики состояния целесообразно провести

- цветовой тест Люшера
- метод «рисунок несуществующего животного»
- шкалу Гамильтона для оценки тревоги
- опросник MMPI

Результаты обследования

Аудиометрия

Воздушная и костная проводимость в пределах 25дБ во всем диапазоне исследуемых частот с обеих сторон

Эхо-электроэнцефалография

Легкое унилатеральное расширение левого желудочка

Цитогенетическое исследование

46XY, нормальный мужской кариотип.

Консультация офтальмолога

Без патологии. Глазное дно без патологических изменений.

Консультация эндокринолога

Данных за эндокринологическую патологию на момент осмотра нет.

Консультация невролога

Энцефалопатия смешанной этиологии. Нарушение психоречевого развития, поведения и общения.

Для определения тяжести патологического состояния целесообразно провести

- цветовой тест Люшера
- метод «рисунок несуществующего животного»
- шкалу Гамильтона для оценки тревоги
- опросник MMPI

Результаты обследования

Экспериментально-психологическое обследование

По ревизованной шкале Стэнфорд-Бине уровень интеллектуального развития составил 40 баллов (умеренная степень недостаточности интеллекта).

Отмечается недостаточное развитие психических функций: Мышление – наглядно-действенное, с элементами наглядно-образного. Внимание легко отвлекаемо, быстро переключаемо. Ассоциативная память неразвита. Механическая память нестойкая.

Консультация логопеда

Системное недоразвитие речи тяжелой степени

Эхо-энцефалография головного мозга

Легкое унилатеральное расширение левого желудочка

Электроэнцефалография головного мозга

Умеренные диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга, свидетельствующие о недостаточном функциональной активности коры больших полушарий. Без очаговой и эпилептиформной активности.

Данный случай следует расценить как

- цветовой тест Люшера
- метод «рисунок несуществующего животного»
- шкалу Гамильтона для оценки тревоги
- опросник MMPI

Диагноз

Умственная отсталость умеренная, со значительными нарушениями поведения, требующими ухода и лечения. F 71.1

Смешанные специфические расстройства психологического развития выраженной степени (F83)

Детский аутизм, синдром Каннера (F84.0)

Ранняя детская шизофрения с олигофреноподобным дефектом (F20.8)

В отношении этиологии имеющихся расстройств в диагнозе следует отметить

- предшествующую инфекцию или интоксикацию
- недоношенность
- хромосомные нарушения
- предшествующую травму или физический агент (гипоксию и т.п.)

Лечение в данном случае следует проводить в условиях

- амбулаторных
- стационарных
- санаторно-курортных
- дневного стационара

В качестве патогенетической терапии, из предложенных ниже средств, пациенту целесообразно назначить

- противоэпилептические средства
- атипичные антипсихотические препараты
- транквилизаторы
- ноотропные препараты

В качестве патогенетической терапии, из предложенных ниже средств, пациенту целесообразно назначить

- нормотимики
- витамины
- диуретики
- психостимуляторы

Помимо медикаментозного лечения данного состояния показано проведение

- психолого-педагогической коррекции

- транскутанной стимуляции блуждающего нерва
- микрополяризации
- занятий по методу Томатис

Помимо медикаментозного лечения данного состояния показано проведение

- методики биологической обратной связи
- семейной психотерапии
- арт-терапии
- групповой психотерапии

Прогноз в отношении дальнейшего развития и социальной адаптации пациента следует определить как

- недостаточно благоприятный: пациент может помогать близким в быту, однако самостоятельно проживать не в состоянии
- зависящий от прогрессирования расстройства
- относительно благоприятный, возможно выраженное улучшение на фоне патогенетической терапии
- неблагоприятный, пациент нуждается в опеке и уходе

Частота осмотров врачом-психиатром пациентов взрослого возраста с данным расстройством при отсутствии сопутствующих психопатологических расстройств + ____ + раз(-а) в

- 3-4; 1 год
- 1; 5 лет
- 1; 2 года
- 1-2; 1 год

Во взрослом возрасте пациентам с данным диагнозом предоставляется инвалидность

- 3-4; 1 год
- 1; 5 лет
- 1; 2 года
- 1-2; 1 год

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 7 лет госпитализирована экстренно по направлению психиатра детского дома-интерната.

Жалобы

Активно не предъявляет, продуктивному контакту не доступна.

Сопровождающий медперсонал сообщает об ухудшении состояния в течение последнего месяца: часто плачет и кричит без внешних причин, бьется головой об углы мебели, пол, кусает руки, рано просыпается и кричит.

Анамнез заболевания

Матери 24 года, страдает зависимостью от психоактивных веществ, ВИЧ-инфицирована, страдает хроническими вирусными гепатитами В и С.

Ребенок от 2-й беременности, длина тела и вес при рождении 43 см и 2540 г, состояние с рождения средней тяжести. На 5-ый день жизни переведена в ДГБ. Профилактически получала антиретровирусную терапию.

Психомоторное развитие с рождения со значительным отставанием.

Психиатром наблюдается с 5 лет. Ранее неоднократно госпитализировалась в психиатрическую больницу. Ухудшения состояния сопровождались психомоторным возбуждением, аутоагрессией.

Данное ухудшение состояния в течение последнего месяца, осмотрена психиатром детского дома-интерната, направлена на стационарное лечение.

Анамнез жизни

Наследственность отягощена. Матери 24 года, страдает наркоманией, ВИЧ-инфицирована, хронические вирусные гепатиты В и С.

На диспансерном учете у окулиста, ортопеда, невролога. С учета у инфекциониста снята.

Судороги, операции, ЧМТ отрицают.

Из детских инфекций – ветряная оспа, без осложнений.

Аллергоанамнез благополучный.

Обслуживается медперсоналом детского дома-интерната.

Объективный статус

Сознание не помрачено. Поведение полевое, двигательная активность нецеленаправленная, бесцельно ходит по палате, ложится на чужие кровати, садится на пол, начинает раскачиваться. Фон настроения сниженным не

представляется. Эмоции дифференцированы на уровне, близком к реакциям удовольствие/неудовольствие. Внимание привлекается на короткое время с дополнительной эмоциональной стимуляцией. Экспрессивная речь в виде отдельных слов. Понимает и выполняет лишь простейшие инструкции. Тактильного контакта не избегает. Интересы к окружающим предметам не проявляет. Манипулятивная игра с неигровыми предметами (шуршит целлофановым пакетом, берет его в рот). Мышление – наглядно-действенное. Галлюцинирующей не представляется. Навыков опрятности не имеет. В процессе обследования в ответ на попытку эмоциональной стимуляции, побуждения к действию возбуждается до аутоагрессии: начинает кусать свою руку, бьет руками по кровати, стопами по стене.

Неврологически: Лицо без грубой асимметрии. Реакция зрачков на свет D=S. Движения глазных яблок в полном объеме. Нистагма нет. Глотание не нарушено. Менингеальных знаков нет. Моторно неловка. Координационные пробы не выполняет.

Соматически: отмечаются микроцефалия, множественные стигмы дизэмбриогенеза: асимметрия черепа, череп преимущественно долихоцефальной формы, низкорасположенные уши, неправильный рост зубов (микрогнатия?), высокое готическое небо. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые. Отмечаются участки мацерации, гиперемии тыльных поверхностей кистей рук. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Сердечные тоны звучные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены. Стул регулярный, диурез достаточный. Отмечается дневной и ночной энурез.

Для определения степени тяжести нарушения психического развития целесообразно проведение

- 3-4; 1 год
- 1; 5 лет
- 1; 2 года
- 1-2; 1 год

Результаты обследования

Экспериментально-психологическое обследование

Уровень интеллекта по методике Векслера, детский вариант: показатель вербального интеллекта 30, невербального интеллекта 34, общего интеллекта 32. Основные психические функции грубо нарушены: Мышление – с

элементами наглядно-действенного. Внимание ближе к апрозексии. Ассоциативная память неразвита. Механическая память нестойкая.

Осмотр невролога

Резидуальная энцефалопатия вследствие перинатальных вредностей. Микроцефалия. Нарушения ряда высших психических функций. ДЦП, атонически-астатическая форма. Синдром психомоторной расторможенности.

Электроэнцефалографическое исследование

Диффузные, ближе к средней степени выраженности изменения БЭА могут свидетельствовать о задержке морфо-функционального созревания коры больших полушарий и дисфункции стволовых образований мезо-понтинного уровня. Очаговых изменений, пароксизмальных проявлений и эпи-активности настоящая ЭЭГ не выявляет.

Осмотр офтальмолога

Паралитическое сходящееся косоглазие с вертикальным компонентом. Анизометропия. Слабый гиперметропический астигматизм ст. 10^о прямого типа левого глаза. Гиперметропия слабой степени.

С целью определения этиологии имеющихся расстройств целесообразно назначить

- 3-4; 1 год
- 1; 5 лет
- 1; 2 года
- 1-2; 1 год

Результаты обследования

Магнитно-резонансная томография

МРТ-признаки уменьшения объема вещества головного мозга, расширения желудочков головного мозга

Электроэнцефалографическое исследование

Диффузные, ближе к средней степени выраженности изменения биоэлектрической активности могут свидетельствовать о задержке морфо-функционального созревания коры больших полушарий и дисфункции стволовых образований мезо-понтинного уровня. Очаговых изменений, пароксизмальных проявлений и эпи-активности настоящая ЭЭГ не выявляет.

Уровень фенилаланина в крови

0,01 г/л (норма: 0,01-0,02 г/л)

Флюорографическое исследование

Патологии органов грудной клетки не обнаружено

Экспериментально-психологическое обследование

Уровень интеллекта по методике Векслера, детский вариант: интеллект вербальный 30, невербальный 33, общий 32. Основные психические функции грубо нарушены: Мышление – с элементами наглядно-действенного. Внимание нарушено по типу апрозексии. Ассоциативная память неразвита. Механическая память нестойкая.

Проективный тест «Рисунок семьи»

При выполнении теста задание не усваивает, действия нецеленаправленные. Тест не выполнен.

Данный случай следует расценить как

- 3-4; 1 год
- 1; 5 лет
- 1; 2 года
- 1-2; 1 год

Диагноз

Умственная отсталость тяжелой степени со значительными нарушениями поведения, требующими ухода или лечения. F72.1

Ранняя детская шизофрения со сформировавшимся олигофреноподобным дефектом F20.8xx3

Деменция, связанная с ВИЧ-инфекцией F02.4

Умственную отсталость легкой степени со значительными нарушениями поведения, требующими ухода или лечения. F73.1

В диагнозе следует указать, что имеющиеся нарушения обусловлены

- другими уточненными причинами (неблагоприятный перинатальный анамнез, микроцефалия). F72.18
- предшествующей травмой или физическим агентом
- фенилкетонурией
- хромосомными нарушениями

Данное состояние дифференцируется от деменции органической этиологии, прежде всего, на основании

- степени недоразвития интеллекта
- особенностей начала и дальнейшей динамики расстройств
- специфики поведения
- особенностей эмоциональных реакций

Лечение в данном случае следует проводить в условиях

- санатория
- психоневрологического диспансера
- психиатрического стационара
- дневного стационара

На начальном этапе терапии в данной клинической ситуации требуется назначение

- антипсихотиков
- противоэпилептических средств
- психостимуляторов
- антидепрессантов

Учитывая возможное влияние препаратов на когнитивные функции ребенка, в случае длительной терапии имеющих расстройств поведения, целесообразно применение

- хлорпромазина или галоперидола
- комбинации галоперидола и тиоридазина
- комбинацию хлорпромазина и перициазина
- перициазина или тиоридазина

После купирования нарушений поведения и сна, в качестве патогенетической терапии целесообразно назначить

- психостимуляторы
- транквилизаторы
- антидепрессанты
- ноотропные препараты

Прогноз в отношении дальнейшего развития и социальной адаптации пациентки следует определить как

- неблагоприятный, пациентка нуждается в опеке и уходе

- зависящий от прогрессирования расстройства
- недостаточно благоприятный: пациентка может освоить простые виды труда в условиях дома, однако будет требовать постоянного контроля
- относительно благоприятный, возможно выраженное улучшение на фоне патогенетической терапии

В рамках немедикаментозной помощи пациентке наиболее целесообразно назначение

- психотерапии
- физиотерапии
- психолого-педагогической коррекции
- санаторно-курортного лечения

Во взрослом возрасте пациентам с данным диагнозом предоставляется инвалидность

- психотерапии
- физиотерапии
- психолого-педагогической коррекции
- санаторно-курортного лечения

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 60-ти лет поступила в психиатрическую больницу по направлению скорой психиатрической помощи.

Жалобы

Активно не предъявляет.

Анамнез заболевания

Сведений о психопатологически отягощенной наследственности нет. Изменения наблюдаются в течение 4-5 лет. Появилась забывчивость, плохо запоминала новую информацию; сама отчасти это замечала. Постоянно собирала и перекладывала вещи и деньги. Приводила с улицы незнакомых людей, утверждала, что с ними давно знакома. Два года назад стала злоупотреблять бесконтрольным приемом ноотропных препаратов. Стала забывать слова, в речи появилась дизартрия, повторения слогов. Не узнавала прежде знакомую обстановку около дома, с трудом ориентировалась в квартире. Временами к вечеру появлялось бесцельное двигательное беспокойство. Забывала выключать газ; родственники боятся оставлять ее одну дома. Перестала справляться с приготовлением еды, многими из прежних повседневных

действий (пришить пуговицу); при неудачах могла раздражаться или жаловаться на непонимание как это сделать. Ест самостоятельно. Одевается и совершает гигиенические процедуры с затруднением, но самостоятельно. Требуется помощи по ведению домашнего хозяйства, не может полностью себя обслуживать. Периодами становилась подозрительной, прятала свои вещи, проявляла агрессию в адрес сестры, обвиняла ее в воровстве, оскорбляла помощницу по дому.

Текущее ухудшение в течение месяца: нарушился сон, стала тревожна, суетлива, заявляла, что сестра и домработница ее обворовывают, импульсивно проявляла агрессию в адрес родных. Госпитализирована в психиатрическую больницу по направлению врача-психиатра скорой психиатрической помощи.

Анамнез жизни

Наследственность по психопатологии не отягощена. Мать страдала гипертонической болезнью, перенесла ОНМК.

Образование среднее специальное. Не замужем. Пенсионер по возрасту.

Наблюдается кардиологом (общий и церебральный атеросклероз, гипертоническая болезнь 2 стадии, недостаточность кровообращения 2 степени), эндокринологом (сахарный диабет 2 типа).

Данные о наличии судорог, аллергических реакций, перенесенных операциях, черепно-мозговых травмах в анамнезе отсутствуют.

Объективный статус

Сознание не помрачено. Понимает, что находится в больнице, но ее профиль назвать не может. Себя называет верно, имя и отчество врача не запомнила. Не может правильно назвать дату, ошибается на несколько лет, называет другое число, становится растерянной. При упоминании близких людей становится злобной, агрессивной, сжимает кулаки, заявляет: «Они меня обворовывают! Уносят вещи!». Обманы восприятия отрицает. Объективные признаки галлюцинирования у пациентки не выявляются. Затрудняется сообщить и путает многие даты и события личного анамнеза, плохо ориентируется в событиях общественно-политической жизни. Мышление конкретное, ригидное. Активный словарный запас выражено уменьшен, говорит быстро, простыми предложениями, с дизартрией, временами с повторениями слогов. Не может назвать некоторые из демонстрируемых предметов (ключи, часы). Интеллектуально-мнестическая сфера снижена. Не может перерисовать

геометрические фигуры. Не способна выполнить счет по Крепелину, не понимает переносного смысла пословиц и поговорок, при этом раздражается, склонна к проявлению импульсивной агрессии. Память снижена как на события отдаленные, так и на текущие, задает врачу по несколько раз одни и те же вопросы. Критика формальная. После беседы была помещена в отделение, там долго не могла запомнить, где ее кровать.

Температура тела 36,5°C; ЧСС = 82 в мин.; ЧД = 15 в мин.; АД 140/73 мм рт. ст. Кожные покровы и слизистые бледно-розовые, чистые. Дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный. Диурез сохранен.

На синдромальном уровне данное состояние наиболее полно характеризуется

- псевдопаралитическим синдромом
- аментивным помрачением сознания
- корсаковским синдромом
- синдромом деменции

Помимо клинико-психопатологического обследования, для определения этиологии имеющихся расстройств и нозологической диагностики необходимо провести

- псевдопаралитическим синдромом
- аментивным помрачением сознания
- корсаковским синдромом
- синдромом деменции

Результаты обследования

Неврологическое обследование

Энцефалопатия с когнитивными нарушениями. Признаки множественных нарушений корковых функций.

Нейropsychологическое обследование

Снижение объема и концентрации внимания от легкого до умеренного. Умеренное снижение уровня обобщения и абстрагирования. Умеренные нарушения зрительно-пространственного гнозиса, идео-моторного праксиса, экспрессивной речи (подбора слов, называния). Выраженное нарушение

письменной речи. Выраженное снижение процессов запоминания и воспроизведения.

Магнитно-резонансная томография головного мозга

Диффузное уменьшение толщины вещества коры головного мозга, расширение ликворных пространств, атрофические изменения области гиппокампа

Электрокардиографическое исследование

Ритм синусовый. ЧСС 78 в мин. Электрическая ось сердца не отклонена.

Ультразвуковое исследование внутренних органов

Актуальной патологии внутренних органов не обнаружено

Эхокардиографическое исследование

По результатам эхокардиографии патологии не обнаружено

Из лабораторных обследований для исключения сопутствующих состояний целесообразно провести

- псевдопаралитическим синдромом
- аментивным помрачением сознания
- корсаковским синдромом
- синдромом деменции

Результаты обследования

Биохимический анализ крови

АЛТ 25 Ед/л (норма: до 31 Ед/л); +

АСТ 26 Ед/л (норма: 10-40 Ед/л); +

Глюкоза 6,7 ммоль/л (норма: 3,3-5,5 ммоль/л); +

Билирубин общий 10,7 мкмоль/л (норма: 3,41-17,0 мкмоль/л); +

Креатинин 75 мкмоль/л (норма: 54-97 мкмоль/л); +

Мочевина 5,6 ммоль/л (норма: 2,39-6,39 ммоль/л); +

Холестерин 7,07 ммоль/л (норма: 3,0-6,0 ммоль/л).

Коагулограмма крови

По коагулограмме патологии не выявлено

Липидограмма крови

Общий холестерин 6,53 ммоль/л (2,99-5,24); +

ЛПВП 1,41 ммоль/л (0,78-2,2); +

Триглицериды 1,76 ммоль/л; +

ЛПНП 4,31 ммоль/л (1,68-4,53); +

ЛПОНП 0,81 ммоль/л (0,26-1,04); +

Коэффициент атерогенности 3,63 (0,98-4,51)

Протеинограмма крови

Альбумины 56,54% (46,9-61,4); +
Альфа-1-глобулины 3,52% (2,2-4,2); +
Альфа-2-глобулины 10,43% (7,9-10,9); +
Бета-глобулины 11,35% (10,2-18,3); +
Гамма-глобулины 18,17% (17,6-25,4).

Данный случай следует расценить как

- псевдопаралитическим синдромом
- аментивным помрачением сознания
- корсаковским синдромом
- синдромом деменции

Диагноз

Деменция при болезни Альцгеймера с ранним началом. F00.0

Деменция при болезни Альцгеймера с поздним началом. F00.1

Деменция при болезни Пика. F02.0

Мультиинфарктная деменция. F01.1

Степень выраженности расстройств в структуре основного синдрома следует оценить как

- умеренную
- легкую
- инициальную
- тяжелую

Поведение пациентки со сбором и перекладыванием вещей и денег, обвинения окружающих в воровстве следует расценить как проявления

- бредовых идей ущерба
- аментивных эпизодов
- тревожной ажитации
- вербального галлюциноза

В качестве базисной терапии в данном случае рекомендуются

- высокие дозы пиридоксина и тиамин

- ноотропные средства
- антихолинэстеразные средства
- блокаторы кальциевых каналов

Базисную терапию рекомендуется осуществлять

- пока имеется положительный эффект от терапии
- до прекращения или значительного замедления отрицательной динамики
- курсом в течение 6 месяцев
- курсом в течение двух лет

Для усиления положительного эффекта базисной терапии в данном случае рекомендуется

- акинетон
- фенотропил
- винпоцетин
- церебролизин

Для купирования имеющихся продуктивных психопатологических расстройств, с учетом побочных эффектов, в данной ситуации целесообразно назначение

- антипсихотика с минимумом холинергических эффектов
- селективного ингибитора обратного захвата серотонина
- ноотропного препарата с противотревожным действием
- трициклического антидепрессанта с седативным действием

Для базисной терапии в данном случае (в том числе в комбинации с другим базисным препаратом) также рекомендуется назначение

- циннаризина
- пирацетама
- мемантина
- никотиновой кислоты

Дальнейшее лечение и наблюдение пациентки в данном случае наиболее целесообразно осуществлять в

- циннаризина
- пирацетама
- мемантина
- никотиновой кислоты

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 59 лет, поступил в психиатрическую больницу по направлению ПНД.

Жалобы

Активно не предъявляет.

Анамнез заболевания

Сведений о психопатологически отягощенной наследственности нет.

Психические изменения наблюдаются в течение 2 лет. В возрасте 57 лет стал более бездеятельным, пассивным, уволился с работы, перестал помогать жене по хозяйству. В 58 лет стал воровать мелкие вещи в магазинах, иногда повторяет одни и те же фразы, неприличные шутки. В последнее время, по наблюдению супруги, стал непоседлив, бестолков, развязан. Если в дом приходят гости, пристаёт к женщинам, чего раньше не отмечалось. Не понимает, почему жена злится, к ее переживаниям нечувствителен, остается беззаботным.

В связи с ухудшением состояния по настоянию супруги и в ее сопровождении обратился в ПНД, был направлен с целью обследования и лечения в стационар.

Анамнез жизни

Наследственность по психопатологии не отягощена. В детстве и юности развивался без особенностей, поступил в ВУЗ по специальности инженер-конструктор, работал многие годы в конструкторском бюро, затем в фирме, имел стабильный заработок, в течение года не работает. Женат, от брака двое детей, психически здоровы. Проживает с женой в отдельной двухкомнатной квартире.

На диспансерном учете у кардиолога (гипертоническая болезнь 1 ст. повышения АД, постоянно принимает гипотензивную терапию под контролем жены).

Судороги, операции, ЧМТ отрицает.

Аллергий не отмечает.

Вредные привычки отрицает.

Эпидемиологический анамнез спокоен.

Объективный статус

В сознании. Ориентрован в месте, времени, собственной личности верно. Во время беседы сидит на стуле, оглядывается по сторонам, улыбается, видя врачей. Настроение приподнятое, улыбчив, плоско шутит, без чувства дистанции. Речь в обычном темпе. Данные анамнеза излагает достаточно подробно, события юности сообщает чуть более детально. Охотно рассказывает о прошлых отношениях, спрашивает, замужем ли доктор, делает комплименты другим врачам-женщинам. Мышление конкретное, ригидное, не понимает переносный смысл пословиц, использует простые, лексически бедные конструкции, словарный запас ограничен. Признаки галлюцинирования у пациента не выявляются. Бредовые идеи не высказывает. Сон удовлетворительный. Аппетит повышен, ест быстро, неряшливо, просит добавки. В отделении отпускает ситуативно неуместные комплименты в адрес медперсонала женского пола.

Температура тела 36,5°C; ЧСС = 82 в мин.; ЧД = 15 в мин.; АД 130/73 мм рт. ст. Кожные покровы и слизистые бледно-розовые, чистые. Дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный. Диурез сохранен.

Неврологически – без очаговой неврологической симптоматики.

На синдромальном уровне данное состояние наиболее полно характеризуется + _____ + синдромом

- псевдопаралитическим
- амнестическим
- психоорганическим
- маниакальным

Исходя из клинической картины, следует предположить локализацию процесса в

- височных долях
- лобно-височной зоне
- полюсе лобных долей
- орбитальной (базальной) коре

Из дополнительных методов обследования наиболее информативными в данной ситуации являются

- височных долях

- лобно-височной зоне
- полюсе лобных долей
- орбитальной (базальной) коре

Результаты обследования

Магнитно-резонансная томография головного мозга

Признаки атрофии вещества головного мозга в лобных областях, преимущественно в базальной (орбитальной) коре.

Компьютерная томография головного мозга

КТ-признаки атрофии вещества головного мозга в лобных областях

Электроэнцефалография

Диффузная сглаженность кривых и общее снижение биоэлектрической активности головного мозга

Эхокардиографическое исследование

По результатам эхокардиографического обследования патологии не выявлено.

Расширенное иммунологическое обследование

По результатам иммунологического обследования патологических показателей не обнаружено.

Лабораторное исследование гипофизарно-надпочечниковой системы

По результатам лабораторного исследования патологические изменения показателей АКТГ, кортизола, свободного кортизола, соматотропного гормона не выявлены.

При проведении экспериментально-психологического обследования пациента наиболее информативным в данной ситуации является исследование

- височных долях
- лобно-височной зоне
- полюсе лобных долей
- орбитальной (базальной) коре

Результаты обследования

Исследование функций программирования и контроля

Нарушение функций планирования, принятия решений, когнитивного контроля деятельности в степени от средней до выраженной.

Исследование запоминания

Легкое снижение слуховой и зрительной ретенции.

Исследование репродуктивной памяти

Легкое снижение непосредственного и отсроченного воспроизведения.

Исследование внимания

Легкое снижение устойчивости, объема и распределения внимания..

Данный случай следует расценить как

- височных долях
- лобно-височной зоне
- полюсе лобных долей
- орбитальной (базальной) коре

Диагноз

Деменция при болезни Пика. F02.0

Деменция при болезни Альцгеймера с ранним началом. F00.0

Деменция в связи с новообразованием головного мозга. F02.8x3

Сосудистая деменция, мультиинфарктная. F01.1

В данной ситуации клиническая картина соответствует

- поведенческому варианту лобной деменции
- agramматическому варианту первично-прогрессирующей афазии
- семантическому варианту первично-прогрессирующей афазии
- тяжелой деменции

Требуется исключение опухоли лобной доли, если в клинической картине

- отсутствует нарушение речевой функции
- присутствует головная боль, рвота
- присутствуют двигательные персеверации
- отсутствует апраксия

В данной ситуации в качестве симптоматической терапии поведенческих симптомов возможно назначение

- нейропептидов
- атипичного антипсихотика
- трициклического антидепрессанта

- типичного антипсихотика с выраженным седативным действием

Альтернативным вариантом симптоматической терапии нарушений поведения могут являться

- типичные антипсихотики с седативным действием
- ингибиторы ацетилхолинэстеразы
- нормотимические препараты
- бензодиазепиновые транквилизаторы

Данный пациент нуждается в лечении

- в условиях дневного стационара
- стационарном
- амбулаторном
- санаторно-курортном

При деменции при болезни Пика прогноз заболевания является

- неблагоприятным, пациенты полностью недееспособны, нетрудоспособны
- неопределенным, возможны спонтанные ремиссии
- неопределенным, на фоне терапии возможна стабилизация состояния с отсутствием прогрессирования нарушений
- благоприятным, возможно восстановление нарушенных функций

Положительный эффект при апато-динамических состояниях может оказать назначение

- неблагоприятным, пациенты полностью недееспособны, нетрудоспособны
- неопределенным, возможны спонтанные ремиссии
- неопределенным, на фоне терапии возможна стабилизация состояния с отсутствием прогрессирования нарушений
- благоприятным, возможно восстановление нарушенных функций

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 30 лет обратился к участковому психиатру.

Жалобы

На сниженное настроение, тревогу, «голоса».

Анамнез заболевания

В школьные годы отмечал по 2-4 генерализованных или бессудорожных приступа в год. Во время приступа замирает, хлопает себя по карманам, поправляет одежду, меняется в лице, строит гримасы. Приходит в себя спустя 1-2 минуты, приступа не помнит, узнал о приступах от друзей. С возрастом частота приступов растет, в данный момент составляет 2-3 приступа в неделю. Противопароксизмальную терапию принимает нерегулярно. Часто менял место работы, так как во время приступа «пугал коллег и клиентов». Текущее ухудшение состояния в течение двух недель, когда после трех приступов за сутки стал слышать «голоса», зовущие по имени. В начале испытал «жуткий страх», ходил по комнатам, искал источник звука, потом понял, что «едет крыша». Самостоятельно обратился к психиатру.

Анамнез жизни

Наследственность психопатологически не отягощена. Родители здоровы.

Родился в срок, роды без осложнений. Окончил 9 классов, техникум по специальности бухгалтер. В данный момент работает по специальности на предприятии.

Прочие хронические заболевания отрицает, оперативных вмешательств не переносил.

ЧМТ, другие заболевания головного мозга отрицает.

Аллергий не отмечает.

Не курит. Употребление наркотиков, алкоголя отрицает.

Объективный статус

Сознание ясное. Во времени, месте, личности ориентирован верно. Во время беседы тревожен, оглядывается, прислушивается, создает впечатление галлюцинирующего. Настроение снижено, жалуется на «голоса», которые «зовут по имени. Слышит их в данный момент. «Голоса» возникают иногда на фоне уличного шума, на фоне звука телевизора, иногда в тишине. Голос описывает женский, низкий, «всегда один и тот же», «будто из-за стены». Кому принадлежит голос, не знает. По словам, чаще слышит его вечером дома. Лицо напряженное. Речь не замедлена. Мышление в обычном темпе, обстоятельное: долго и с маловажными подробностями описывает симптомы, при попытке направить рассказ раздражается: «Вам что, неинтересно? Я рассказываю важные вещи!». Наличие иных обманов восприятия отрицает. Откровенно бредовых идей не высказывает, однако иногда начинает сомневаться, «в голове

ли голоса», «может соседи издеваются». Эгоцентричен. Внимание труднопереключаемое. Интеллектуально-мнестически без грубых нарушений. Эмоциональные реакции соответствуют контексту беседы и галлюцинациям. Сон нарушен, стал дольше засыпать. Аппетит сохранен. Критика к симптомам частичная, необходимость приема противозащитных препаратов недопонимает.

Масса тела 80 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание с жестким оттенком, ЧД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 70 в 1 мин, АД 120/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Обязательным при данном заболевании обследованием при обращении в амбулаторную психиатрическую сеть является

- неблагоприятным, пациенты полностью недееспособны, нетрудоспособны
- неопределенным, возможны спонтанные ремиссии
- неопределенным, на фоне терапии возможна стабилизация состояния с отсутствием прогрессирования нарушений
- благоприятным, возможно восстановление нарушенных функций

Результаты обследования

Электроэнцефалография

Регистрируется очаговая эпилептиформная активность в теменно-центральной вертебральной области со склонностью к генерализации на фоне умеренных диффузных изменений биоэлектрической активности головного мозга с признаками дисфункции неспецифических срединных структур головного мозга.

УЗДГ сосудов головы

По результатам ультразвуковой доплерографии патологии не выявлено

КТ головного мозга

По результатам компьютерной томографии головного мозга патологии не выявлено

Рентгенография черепа

По результатам рентгенографии черепа патологии не выявлено

При госпитализации такого больного в стационар, обязательным обследованием является

- неблагоприятным, пациенты полностью недееспособны, нетрудоспособны
- неопределенным, возможны спонтанные ремиссии
- неопределенным, на фоне терапии возможна стабилизация состояния с отсутствием прогрессирования нарушений
- благоприятным, возможно восстановление нарушенных функций

Результаты обследования

Консультация невролога

Заключение невролога: Эпилепсия с генерализованными тонико-клоническими припадками. ДДЗП шейного отдела позвоночника, без очаговой неврологической симптоматики.

Исследование глазного дна

Глазное дно без патологических изменений

Магнитно-резонансная томография головы

Без признаков патологических изменений

Консультация терапевта

Без признаков патологии

Данный случай следует расценить как

- неблагоприятным, пациенты полностью недееспособны, нетрудоспособны
- неопределенным, возможны спонтанные ремиссии
- неопределенным, на фоне терапии возможна стабилизация состояния с отсутствием прогрессирования нарушений
- благоприятным, возможно восстановление нарушенных функций

Диагноз

Органический галлюциноз в связи с эпилепсией (F06.02)

Шизофрения, параноидная форма (F20.00)

Органическое бредовое расстройство (F06.2)

Органическое расстройство личности в связи с эпилепсией (F07.02)

Ведущим синдромом является

- вербальный галлюциноз
- тревожно-депрессивный
- синдром Котара
- параноидный

По этиологии пароксизмы у данного пациента, вероятнее всего, относятся к

- криптогенным
- симптоматическим
- джексоновским
- идиопатическим

Для купирования переживаний, беспокоящих пациента, показаны

- нормотимики
- нейролептики
- антидепрессанты
- ноотропы

После купирования текущих психических расстройств больному показано курсовое назначение + _____ + препаратов

- седативных
- глутаматергических
- нейрометаболических
- дегидратационных

Препаратом первой линии из группы антиконвульсантов для данного пациента является

- этосуксимид
- карбамазепин
- фенobarбитал
- клоназепам

Препаратом второй линии из группы антиконвульсантов у данного больного является

- окскарбамазепин
- вальпроевая кислота
- фенobarбитал
- дифенин

При назначении пациенту нейролептика совместно с вальпроатами + _____ + лечебный эффект

- снижается; нейролептика
- усиливается; вальпроата
- снижается; вальпроата
- усиливается; нейролептика

Срок амбулаторного лечения данного пациента составляет не менее + ____ + месяца(-ев)

- 6
- 12
- 1
- 3

Вследствие возможного развития пароксизмальных состояний необходима осторожность в случае применения данному пациенту

- 6
- 12
- 1
- 3

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 45 лет госпитализирован в психиатрический стационар.

Жалобы

На влечение к ночным прогулкам, приступы желания «напиться»

Анамнез заболевания

С подросткового возраста страдает генерализованными тонико-клоническими припадками. Приступы нечастые, 1-2 в год. В качестве противосудорожной терапии принимает «небольшие дозы» Вальпарина (со слов, 300-400 мг/сут.). В течение двух последних лет стал испытывать беспричинные приступы «злой тоски», иногда с желанием «что-то сломать» или «уйти из дома». Пробовал ломать ручки и карандаши, облегчения не испытал. Приступы проходят через 5-10 минут. Также отмечает иногда «непреодолимое желание напиться», которое появляется внезапно и длится также 5-10 минут. В порыве желания выпивает столько алкоголя, сколько успеет, пока приступ не прекратится. Последний припадок 2 месяца назад. При направленном расспросе сообщает о периодах «подъема», длительностью до двух недель. В таком состоянии очень работоспособен, мало спит, мало ест, за две недели выполняет месячную работу, однако со слов жены, становится злобным, агрессивным, может грубо

ответить, толкнуть. Жена в такие периоды предпочитает с больным не общаться.

Настоящее ухудшение в течение недели. Повысилась активность, стал испытывать желание уйти из дома каждый день. В таком состоянии выходит на улицу, гуляет пешком, «пребывая в своих мыслях», возвращается под утро, иногда пьяный (испытав «внезапный порыв» покупает коньяк и пьет на ходу из бутылки). Стал часто пропускать приемы Вальпарина. К психиатру обратился по настоянию жены, согласился на госпитализацию.

Анамнез жизни

Мать болела эпилепсией. +

Родился в срок, роды без осложнений. Окончил 11 классов, университет по технической специальности. В данный момент работает по специальности на производстве. +

Хронические заболевания отрицает, оперативных вмешательств не переносил. +

ЧМТ, заболевания головного мозга отрицает. +

Аллергических реакций не отмечает. +

Не курит. Употребление наркотиков, алкоголя отрицает.

Объективный статус

Сознание ясное. Во времени, месте, личности ориентирован верно. В присутствии жены временами раздражается, повышает на нее голос. При беседе часто меняет позу, иногда встает, ходит по кабинету. Говорлив. Настроение приподнятое, благодушное. Много смеется, подшучивает над женой. Речь несколько ускорена, с напором. В процессе беседы часто отвлекается, меняет тему разговора. Сообщает, что «живет жадно», «работает за пятерых», улыбается. Бредовых идей не высказывает, галлюцинирующим не представляется. Внимание отвлекаемое, легко переключаемое. К своему состоянию не критичен. Несколько тяготеет к влечению к алкоголю и прогулкам, но без полной критики: «Может, мне это нужно!», «Чувствую себя хорошо». Спит по 4-5 часов. Аппетит снижен: «не чувствую голода», «мне много не надо».

Масса тела 80 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности.

Периферических отеков нет. Дыхание с жестким оттенком, ЧД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 70 в 1 мин, АД 120/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

В схему первичного стандартного обследования данного пациента входит

- 6
- 12
- 1
- 3

Результаты обследования

Электроэнцефалография

Регистрируется очаговая эпилептическая активность в теменно-центральной вертексной области со склонностью к генерализации на фоне умеренных диффузных изменений биоэлектрической активности головного мозга с признаками дисфункции неспецифических срединных структур головного мозга.

Ультразвуковая доплерография сосудов головы

По результатам ультразвуковой доплерографии патологии не выявлено.

Компьютерная томография головного мозга

По результатам компьютерной томографии головного мозга патологии не выявлено.

Магнитно-резонансная томография головного мозга

По результатам магнитно-резонансной томографии головного мозга патологии не выявлено.

В схему первичного стандартного обследования данного пациента входит прием (осмотр, консультация)

- 6
- 12
- 1
- 3

Результаты обследования

Прием (осмотр, консультация) медицинского психолога

Из заключения медицинского психолога: внимание неустойчивое, с повышенной переключаемостью. Легкое снижение оперативной слухоречевой памяти. Легкое снижение процессов абстрагирования. В структуре личности выявляются импульсивные черты.

Прием (осмотр, консультация) кардиолога

Актуальной патологии не обнаружено

Прием (осмотр, консультация) иммунолога

Актуальной патологии не обнаружено

Прием (осмотр, консультация) эндокринолога

Актуальной патологии не обнаружено

Ведущим в клинической картине у данного пациента является

- псевдопаралитический синдром
- гебоидный синдром
- психопатоподобное состояние
- маниакальный синдром

Данный случай следует расценить как

- псевдопаралитический синдром
- гебоидный синдром
- психопатоподобное состояние
- маниакальный синдром

Диагноз

Органическое маниакальное расстройство в связи с эпилепсией (F06.302)

Маниакальный эпизод, гипомания (F30.0)

Биполярное аффективное расстройство, текущий гипоманиакальный эпизод (F31.0)

Шизоаффективное расстройство, маниакальный тип (F25.0)

Развившееся у пациента расстройство следует рассматривать как

- компонент припадка
- нарушение в межприступном периоде
- продром припадка
- компонент изменения личности

Купирование текущих психических нарушений, с учетом уже имеющейся терапии, следует начинать с

- быстрой транквилизации
- замены вальпроата на ламотриджин

- присоединения к терапии фенobarбитала
- регулярного приема вальпроата, подбора эффективной дозы

При отсутствии эффекта от начальной терапии следует назначить

- транквилизатор
- седативный антидепрессант
- нейролептик
- ноотроп с седативным действием

В случае выхода на первый план в структуре аффективных расстройств дисфорических, гневливых колебаний, пациенту может быть показан

- ламотриджин
- фенитоин
- клоназепам
- карбамазепин

После купирования текущих психических расстройств больному показано курсовое назначение препаратов

- нейрометаболических
- седативных
- дегидратационных
- ацетилхолина

При назначении пациенту нейролептика совместно с противоэпилептическими средствами следует учитывать, что концентрация нейролептика в крови снижается на фоне приема

- клоназепам
- карбамазепина
- вальпроатов
- ламотриджина

Наиболее частым состоянием, с которым требуется дифференцировать имеющееся у пациента расстройство, является

- ажитированная депрессия
- сумеречное помрачение сознания
- мория
- дисфория

Согласно стандарту, средний срок лечения данного пациента в стационаре составляет

- ажитированная депрессия
- сумеречное помрачение сознания
- мория
- дисфория

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К психотерапевту амбулаторно обратилась женщина 28 лет, работает программистом и является начальником (т.н. лидер команды) в мужском коллективе.

Жалобы

На чувство пустоты и внутреннего одиночества.

Анамнез заболевания

Анамнез психическими расстройствами не отягощена. Мать и отец критикующие, старается с ними меньше общаться, чтобы не расстраиваться. + Росла и развивалась нормально. Посещала детские дошкольные учреждения. Любила быть в центре внимания, когда к ее капризам относились с пониманием. Если ее поведение подвергалось критике, расстраивалась, долго грустила. Но в ответ могла дерзко ответить, себя в обиду не давала. + В подростковом возрасте возникли идеи о несовершенстве своего тела, излишней полноты. Пробовала диеты, голодала, затем стала вызывать у себя рвоту после еды, чтобы не набирать лишний вес. Похудела на 10 кг за два месяца. В этот период стали крошиться ногти и выпадать волосы, прекратились менструации. Испугалась, что может умереть. Вернулась к обычному питанию, но придерживалась «правильного» питания: не ела жирной и сладкой пищи. К состоянию присоединились периоды «срывов», когда за короткое время съедала много различной пищи, после которых вызывала рвоту, так как чувствовала себя виноватой, а съеденная пища была избыточна по объему, и от этого возникало неприятное чувство распирания. Длительно скрывала от родных свои состояния, но по совету родителей обратилась за помощью в психиатрический стационар. Лечение проводилось антидепрессантами, малыми нейрорептиками, а также посещала психообразовательную группу. После выписки из стационара прекратила вызывать рвоту, продолжала наблюдаться амбулаторно, проходила психодинамическую психотерапию с хорошим эффектом. Окончила школу с аттестатом без троек, легко поступила в

ВУЗ. Во время учебы в институте на фоне стресса вновь возникло несколько «срывов», когда съедала большое количество пищи и вызывала рвоту. Вышла замуж, стала подрабатывать и данные эпизоды прекратились. По-прежнему придерживалась правил в питании, боялась есть жирную и сладкую пищу. Стала заниматься йогой, нравилось, что снижалась тревога при этих занятиях. Считала, что у нее получается делать растяжку намного хуже, чем у других, а преподаватель просто льстит, чтобы не расстраивать ее. После окончания ВУЗа работала в компьютерной сфере, стала небольшим начальником, но считала это случайностью, стечением обстоятельств. Пробовала себя в волонтерстве, нравилось помогать детям-сиротам.

Анамнез жизни

Замужем. Образование высшее. Работает программистом в мужском коллективе, является небольшим начальником в данной группе.

Объективный статус

Соматический статус. Жалоб нет. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Аллергии отрицает. Дыхание свободное. Живот мягкий, безболезненный. + Неврологический статус. Без особенностей. Жалоб нет. Пробы выполняет удовлетворительно, рефлексы симметричные. ЧМТ отрицает. + Психический статус. +

Входит уверенно. В беседе доминирует. Дистанцию соблюдает. Зрительный контакт поддерживает. Хорошо чувствует настроение других людей. Мимика адекватна теме разговора. Мышление логичное, последовательное. В случае несогласия, бурно реагирует, хотя стремится отрицать эмоцию гнева. Часто ругает себя за проявление гнева. Считает это плохим своим качеством, но достаточно часто «срывается». Боится, что из-за этого от нее может уйти супруг, могут возникать проблемы на работе. Боится, что ее покинут, как только узнают ее подлинную личность. Говорит, что не может вынести одиночества. + Фон настроения немного снижен, но диссимулирует это. Обманов восприятия, бреда не обнаруживает. Суицидальные мысли часто возникали в прошлом, в настоящее время их отрицает.

Учитывая анамнез и статус пациентки, можно поставить диагноз

- ажитированная депрессия
- сумеречное помрачение сознания
- мория
- дисфория

Диагноз

Расстройство личности

Шизофрения

Шизотипическое расстройство

Биполярное расстройство

Учитывая анамнез и статус пациентки, можно поставить диагноз

+ _____ + расстройства личности

- диссоциального
- истерического
- шизоидного
- эмоционально-неустойчивого

В данном случае речь идет о (б) + _____ + типе данного расстройства

- диссоциативном
- пограничном
- импульсивном
- истерическом

При данном типе расстройств личности предпочтительно применение

- телесно-ориентированной психотерапии
- расстановок по Хеллингеру
- психодинамической психотерапии
- музыкотерапии

Медицинский психолог проводит исследование памяти при помощи метода запоминания по

- Цунгу
- Гамильтону
- Леонтьеву
- Янгу

Успешности терапии данного случая в когнитивно-поведенческом определяется проработкой

- мыслей
- сценариев

- эмоций
- защит

Объективный анамнез в данном случае включает данные о(б)

- отношении к своей болезни
- наследственной отягощенности
- самооценке
- эмоциональном состоянии

Долгосрочная когнитивная психотерапия в данном случае рекомендована в количестве + _____ + сеансов

- 50-90
- более 1000
- 10-40
- 250-400

Минимальное исследование индивидуально-психологических особенностей, согласно стандарту, включает

- опросник Монтгомери-Асберга
- опросник негативных и позитивных симптомов
- миннесотский мультифакторный личностный опросник
- опросник Эббингауза

Трансактный аналитик мишенью для работы выбрал бы

- контакт
- убеждения
- эго-состояния
- схемы

Феномен сплиттинга представляет собой нарушения

- процесса обобщения информации
- сценария жизни
- восприятия по типу обманов
- осознания идентичности «Я»

Многие исследователи отмечают, что пограничные личности чаще всего

- процесса обобщения информации
- сценария жизни
- восприятия по типу обманов

- осознания идентичности «Я»

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 44 года самостоятельно обратилась к врачу-психиатру.

Жалобы

Подавленное настроение, отсутствие интереса к повседневным делам, необходимость заставлять себя что-то сделать, слабость, быструю утомляемость, раздражительность, нарушение сна и снижение аппетита.

Анамнез заболевания

Анамнестические сведения собраны со слов больной:

- * Наследственность психическими заболеваниями не отягощена.
- * В 41 год, после скоропостижной смерти близкой подруги, у которой остался несовершеннолетний ребенок, впервые возникло подавленное настроение, чувство безысходности. Испытывала тревогу за будущее детей, в случае ее возможной смерти. По долгу не могла заснуть. Стала быстро уставать на работе, не могла отвлечься от грустных мыслей. Обратилась к психиатру. Амбулаторно получала лечение мапротилином по 25 мг 3 раза в день, витаминотерапию и физиотерапию с положительным эффектом. Настроение стало ровным, спокойным.
- * В 43 года была повышена в должности и переведена в другое подразделение. Вследствие отсутствия экономического образования и опыта новой работы была не уверена в своей компетентности, стала испытывать внутреннее напряжение, тревогу. Возник личный конфликт с начальницей подразделения, которая неохотно консультировала ее по профессиональным вопросам. Была обвинена в ошибке, повлекшей материальный убыток, и временно отстранена от работы. Ухудшилось настроение, стала безрадостной, потеряла интерес к работе и повседневным делам, появились раздражительность и быстрая утомляемость. Пропал аппетит, похудела на 2-3 кг. По долгу не могла заснуть и рано просыпалась. Спустя 2 месяца обратилась за помощью к психиатру.

Анамнез жизни

- * Родилась вторым ребенком в семье от нормально протекавшей беременности, но затяжных родов.
- * Раннее развитие без особенностей. Посещала детский сад. По характеру была

активным ребенком. В семье ее считали упрямой, настойчивой.

* В школу пошла с 7 лет. Училась всегда хорошо. Особенно нравились гуманитарные предметы. По точным наукам успевала за счет прилежания и усидчивости. В школе было много друзей. Среди сверстников была лидером. Активно участвовала в общественной работе.

* После школы поступила в гуманитарный институт. Успешно училась, вела активную общественную работу, летом работала вожатой в детских лагерях.

* В 19 лет вышла замуж по любви. В 20 лет родила дочь. Ухаживая за ребенком, не прекращала учебу, сильно уставала, не высыпалась. Стала терять интерес к мужу, считала его примитивным человеком и в 24 года развелась.

* После окончания института 9 лет проработала в библиотеке. Работа нравилась, ходила на нее «как на праздник», активно участвовала в общественной работе.

* В 30 лет повторно вышла замуж. Отношения в семье складывались благополучно. В 37 лет родила второго ребенка. В это время в семье нередко стали возникать ссоры из-за того, что муж уволился с работы, безуспешно пытался организовать частный бизнес, занимался случайными заработками, начал злоупотреблять алкоголем.

* Для обеспечения материального достатка окончила бухгалтерские курсы и устроилась на работу в коммерческий банк. Новую специальность освоила быстро. Была на хорошем счету у руководства.

* Не курит, алкоголь употребляет изредка, употребление ПАВ отрицает.

Объективный статус

Внешне выглядит подавленно, мимика скорбная, поза сутулая, движения замедленные. Темп речи медленный, голос тихий, временами дрожащий. На контакт идет охотно, на вопросы отвечает подробно. Фон настроения снижен. Отмечает отсутствие интереса к повседневным делам, необходимость заставлять себя что-то сделать. Рассказывает, что в последнее время предпочитает уединение, например, ее стали раздражать и утомлять шумные компании или застолья, хотя раньше в их доме гости «не переводились». Говорит, что потеряла интерес к мужчинам, хотя всегда любила их общество, легко знакомилась с ними, флиртовала. Перестала испытывать удовольствие от интимной близости. Стала раздражительной, может сорваться, накричать на

дочь. Возникли проблемы со сном – с трудом засыпает, рано просыпается. Заметила слабость, быструю утомляемость во время работы за компьютером, ощущение «ломоты в затылке». Рассказывая о ситуации в семье и поведении мужа, может легко расплакаться, затем быстро отвлекается, успокаивается. Фиксирована на ситуации, сложившейся на работе, все время о ней думает, вспоминает, чувствует себя преданной, незаслуженно обиженной. Представляет, как она будет вести себя с начальницей, скажет ей все, что она о ней думает. Хочет уйти с работы, однако опасается, что в ее возрасте будет трудно устроиться на высокооплачиваемую работу. Расстройств мышления не выявлено. Интеллект соответствует образовательному уровню. Объективных нарушений памяти не выявлено. Суицидальные мысли отрицает.

В качестве дополнительных методов обследования перед установлением диагноза и назначением терапии целесообразно выполнить

- процесса обобщения информации
- сценария жизни
- восприятия по типу обманов
- осознания идентичности «Я»

Результаты обследования

Анализ крови на ТТГ, Т4, АТ к ТПО

[options="header", cols="^,^"]

|====

^a| Наименование a| Результат a| Нормы

a| ТТГ, мЕд/мл a| 1,24 a| 0,4-4,0

a| Т4 свободный, пмоль/л a| 12,2 a| 9,3 – 19,5

a| Антитела к тиреоидной пероксидазе, Ед/мл a| <3,0 a| <5,6

|====

Магнитно-резонансная томография гипофиза

Данных за аденому гипофиза не выявлено. Киста нижней стенки правой гайморовой пазухи

Эхоэнцефалоскопия

Смещения М-эхо нет. М-эхо существенно не расширено

Электроэнцефалография

Умеренные диффузные изменения ирритативного характера. Выявляется заинтересованность диэнцефальных структур. Очаговых и пароксизмальных нарушений в записи не отмечено.

Учитывая данные анамнеза, психического статуса, проведенного обследования больной можно поставить диагноз по МКБ-10

- процесса обобщения информации
- сценария жизни
- восприятия по типу обманов
- осознания идентичности «Я»

Диагноз

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

F32.10 Депрессивный эпизод средней степени без соматических симптомов

F32.11 Депрессивный эпизод средней степени с соматическими симптомами

F33.10 Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод средней степени без соматических симптомов

К «соматическим» симптомам, имеющимся у пациентки следует отнести

- слабость, быстрая утомляемость
- озабоченность соматическим здоровьем
- внутреннее напряжение, ощущение «ломоты в затылке»
- нарушение сна, снижение аппетита

О средней степени тяжести депрессии у данной пациентки свидетельствует наличие

- не менее 2 основных и не менее 2 дополнительных симптомов
- все 3 основных и не менее 3 дополнительных симптомов
- не менее 2 основных и не менее 3 дополнительных симптомов
- не менее 2 основных и не менее 5 дополнительных симптомов

Основными симптомами депрессии у данной пациентки, являются снижение настроения, утрата интересов и удовольствия и

- снижение аппетита
- нарушение сна
- снижение энергии, и повышенная утомляемость
- снижение либидо

Лечение данной пациентки следует начинать в условиях

- психиатрического стационара
- отделения дневного стационара психоневрологического диспансера
- амбулаторного отделения (кабинета) с периодическим посещением участкового врача-психиатра
- отделения интенсивного оказания психиатрической помощи (полустационар) психоневрологического диспансера

На первом этапе купирующей терапии пациентке следует назначить

- антидепрессант
- транскраниальную магнитную стимуляцию
- когнитивно-поведенческую психотерапию
- нормотимический препарат

В качестве антидепрессанта пациентке показано назначение

- кломипрамина
- имипрамина
- амитриптилина
- мirtазапина

Ответ на купирующую антидепрессивную терапию вероятнее всего следует ожидать через + _____ + недель/недели

- 1-2
- 4-6
- 8-12
- 6-8

Через 6 недель терапии мirtазапином отмечена очевидная положительная динамика – вышеуказанные жалобы практически перестали беспокоить больную. Дальнейшая продолженная (противорецидивная) терапии должна состоять в

- продолжении терапии антидепрессантом в полной терапевтической дозе
- замене фармакотерапии антидепрессантом на психотерапию

- замене антидепрессанта на препарат растительного происхождения, например, экстракт зверобоя
- продолжении терапии антидепрессантом в минимальной терапевтической дозе

В случае недостаточной эффективности и плохой переносимости антидепрессанта, назначенного на втором этапе купирующей терапии, данной пациентки показано

- назначить антипсихотик для аугментации эффекта антидепрессанта
- увеличить дозу препарата
- заменить препарат на другой антидепрессант из той же фармакологической группы
- заменить препарат на антидепрессант с другим механизмом действия

На третьем этапе купирующей терапии (после двух последовательных курсов адекватной монотерапии антидепрессантом) в случае достижения лишь частичного терапевтического ответа (редукции симптоматики на 25-50%) данной пациентке целесообразно проведение

- назначить антипсихотик для аугментации эффекта антидепрессанта
- увеличить дозу препарата
- заменить препарат на другой антидепрессант из той же фармакологической группы
- заменить препарат на антидепрессант с другим механизмом действия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 44 лет самостоятельно обратилась к врачу-психиатру.

Жалобы

На сниженное настроение, отсутствие желания заниматься делами и откладывание их «до последнего», ощущение внутреннего напряжения, мысли о собственной несостоятельности, неполноценности, трудности сосредоточения, «упадок сил», слабость во всем теле, повышенную утомляемость.

Анамнез заболевания

Анамнестические сведения собраны со слов больной:

* Наследственность психическими заболеваниями неотягощена.

* С 36-летнего возраста постепенно снижалось настроение, стали появляться мысли о смысле своего существования, о своей роли в жизни, в обществе, о приносимой пользе. Стала ощущать повышенную утомляемость, отсутствие удовлетворения от работы. Через некоторое время уволилась по собственному желанию, после конфликта с клиентом. Усилилось ощущение своей бесполезности, тщетности работы. С тех пор полностью здоровой себя не чувствовала, несмотря на сохраняющуюся трудоспособность. Сменила несколько мест работы в различных сферах. Настроение преимущественно было снижено. Бывали периоды продолжительностью не более 2 недель, когда на фоне новых впечатлений состояние несколько улучшалось. Неоднократно посещала тренинги по профориентации, выбору карьеры. В связи с отсутствием постоянной работы за последний год решила обратиться за помощью в психологический центр откуда была направлена на консультацию к психиатру.

Анамнез жизни

* Родилась вторым ребенком в семье от нормально протекавшей беременности. При родах было обвитие пуповины.

* По характеру формировалась стеснительной, ведомой, впечатлительной. Отличалась богатым воображением, любила фантазировать, ярко образно перед сном представляла себя в гуще придуманных событий. Посещала детский сад, адаптировалась постепенно.

* В школу пошла с 7 лет. Училась всегда на отлично. Болезненно относилась к критике в свой адрес, часто принимала на свой счет безобидные замечания. Старалась избегать конфликтов и ситуаций, требующих ответственности. Со сверстниками поддерживала формальные хорошие отношения.

* Менструальные с 14 лет, регулярные, безболезненные. Интерес к противоположному полу с того же возраста.

* По окончании школы обучалась в техническом вузе инженерной специальности. Учиться нравилось, с программой справлялась в полном объеме. После окончания института по специальности не работала. Окончив курсы бухгалтера, работала в фирме отца.

* Желая съехать от родителей, в возрасте 23 лет вышла замуж без особенной влюбленности. В 25 лет родила сына, а через два года развелась с мужем из-за его алкоголизации. Переехала в квартиру, купленную отцом.

* После декретного отпуска в 31 год пошла работать в фирму, торгующую

продуктами питания. С 36 лет два года работала менеджером по страхованию. В 38 лет в течение года руководила фондом помощи пожилым людям. Пять лет была исполнительным директором кофейни. Последний год помогает подруге в развитии малого бизнеса. Регулярного дохода не имеет. Живет на средства отца.

* Не курит, алкоголь употребляет изредка, употребление ПАВ отрицает.

Объективный статус

Беседует охотно. Выглядит младше своих лет. Держится напряженно, перебирает руками, иногда демонстративно закатывает глаза, экспрессивно жестикулирует. Выражение лица печальное, ситуационно улыбается, реагирует на шутки врача, зрительный контакт поддерживают. Говорит с придыханием. На вопросы отвечает по существу, эпизодически соскальзывает на размышления о своей несостоятельности, малоценности, поиске себя. Стремится вызвать сочувствие. Сообщает, что на протяжении 9 лет не чувствовала себя полностью здоровой. Жалуется на постоянное ощущение внутреннего напряжения, «прокручивание» в голове мыслей о собственной несостоятельности, неполноценности, поиске своей вины в объективно незначимых проблемах, мысленно анализирует свое поведение. Считает, что не нашла свое место в жизни, не знает, чем бы хотела заниматься. Испытывает постоянные сомнения, нерешительность в выборе дальнейших действий. Большую часть времени прокручивает в голове мысли о необходимости вновь выходить на работу, содержать семью, в то же время отмечает отсутствие желания заниматься делами, откладывание их «до последнего». Помимо этого, ощущает слабость во всем теле, повышенную утомляемость, «упадок сил» преимущественно во второй половине дня. Настроение в течение всего дня преимущественно сниженное. Сон не нарушен. Аппетит достаточный, в весе не теряла. Суицидальные мысли отрицает.

В качестве дополнительных методов обследования перед установлением диагноза и назначением соответствующей терапии пациентке целесообразно выполнить

- назначить антипсихотик для аугментации эффекта антидепрессанта
- увеличить дозу препарата
- заменить препарат на другой антидепрессант из той же фармакологической группы
- заменить препарат на антидепрессант с другим механизмом действия

Результаты обследования

Общий анализ крови

[options="header", cols="^,^"]

|====

^a| Наименование a| Результат a| Норма

a| Гемоглобин a| 118,0 a| 120,0 - 140,0 г/л

a| Гематокрит a| 45,4 a| 35,0 - 47,0%

a| Лейкоциты a| 9,7 a| 4,00 - 9,00 {asterisk}10⁹/л

a| Эритроциты a| 4,12 a| 4,00 - 5,70 {asterisk}10¹²/л

a| Тромбоциты a| 190,0 a| 150,0 - 320,0 {asterisk}10⁹/л

a| Лимфоциты a| 35,5 a| 17,0 - 48,0 %

a| Моноциты a| 6,4 a| 2,0 - 10,0 %

a| Нейтрофилы a| 54,5 a| 48,00 - 78,00 %

a| Эозинофилы a| 3,6 a| 0,0 - 6,0 %

a| Базофилы a| 0,2 a| 0,0 - 1,0 %

a| MCV a| 91,5 a| 80 – 100 fl

a| СОЭ a| 17 a| 2 – 20 мм/час

|====

Биохимический анализ крови

[options="header", cols="^,^"]

|====

^a| Наименование a| Результат a| Нормы

a| Белок общий, г/л a| 65 a| 64-83

a| Альбумин, г/л a| 36,4 a| 30-50

а| Мочевина, ммоль/л а| 3,7 а| 1,7-8,3

а| Креатинин, мкмоль/л а| 78 а| 80-115

а| Общий билирубин, мкмоль/л а| 12,6 а| <20

а| Глюкоза, ммоль/л а| 4,1 а| 4,1-5,9

а| Общий холестерин, ммоль/л а| 4,4 а| 3,3-5,2

а| Триглицериды, ммоль/л а| 0,83 а| 0,1-1,7

а| ЛПНП, ммоль/л а| 2,2 а| 1,1-3,0

а| КФК а| 73 а| 35-165

а| АСТ, Ед/л а| 27 а| 4-32

а| АЛТ, Ед/л а| 19 а| 7-31

|====

Реоэнцефалография сосудов головного мозга

Заключение: без патологических изменений

Эхоэнцефалоскопия

Заключение: смещения М-эхо нет. М-эхо существенно не расширено

Электроэнцефалография

Заключение: очаговых и пароксизмальных нарушений в записи не отмечено.

Учитывая данные анамнеза, психического статуса, и проведенного дообследования больной можно поставить диагноз по МКБ-10

- назначить антипсихотик для аугментации эффекта антидепрессанта
- увеличить дозу препарата
- заменить препарат на другой антидепрессант из той же фармакологической группы
- заменить препарат на антидепрессант с другим механизмом действия

Диагноз

F34.1 Дистимия

F32.00 Депрессивный эпизод легкой степени без соматических симптомов

F32.01 Депрессивный эпизод легкой степени с соматическими симптомами

F34.0 Циклотимия

Дебют заболевания у данной пациентки следует расценивать как

- поздний
- средний
- ранний
- латентный

От рекуррентного депрессивного расстройства данное состояние отличает отсутствие

- нормального настроения длительнее 2-х недель на протяжении многих лет
- нарушений сна и аппетита, изменений веса длительнее 2-х недель на протяжении многих лет
- ухудшения настроения в утреннее время суток длительнее 2-х недель на протяжении многих лет
- суицидальных мыслей

Основными симптомами депрессии являются периоды снижения настроения, утраты интересов и удовольствия, + _____ +, длящиеся более 2-х недель и беспокоящие пациентку на протяжении многих лет

- внутреннего напряжения
- появления мыслей о собственной несостоятельности
- прокрастинации
- снижения энергии и повышенной утомляемости

Лечение данной пациентки следует начинать в условиях

- амбулаторного отделения (кабинета) с периодическим посещением участкового врача-психиатра
- психиатрического стационара
- отделения интенсивного оказания психиатрической помощи (полустационар) психоневрологического диспансера

- отделения дневного стационара психоневрологического диспансера

На первом этапе купирующей терапии пациентке следует назначить фармакотерапию

- антидепрессантом
- экстрактом зверобоя
- анксиолитическим препаратом
- нормотимическим препаратом

На начальном этапе проведение фармакотерапии антидепрессантами у данной больной следует комбинировать с

- когнитивно-поведенческой психотерапией
- гипнотерапией
- светотерапией
- рефлексотерапией

В качестве терапии «первой линии» пациентке показано назначение

- амитриптилина
- тразодона
- эсциталопрама
- алпразолама

У пациентки был получен положительный ответ на купирующую терапию эсциталопрамом, в связи с чем ей показано

- продолжить терапию антидепрессантом в полной терапевтической дозе
- продолжить терапию антидепрессантом в минимальной терапевтической дозе
- заменить фармакотерапию антидепрессантом на психотерапию
- заменить антидепрессант на препарат растительного происхождения, например, экстракт зверобоя

У пациентов, страдающих депрессией, в случае недостаточной эффективности и плохой переносимости назначенного на первом этапе купирующей терапии антидепрессанта на втором этапе целесообразно

- увеличить дозу препарата
- добавить к антидепрессанту антипсихотик
- заменить препарат на антидепрессант с другим механизмом действия
- заменить препарат на другой антидепрессант из той же фармакологической группы

На третьем этапе купирующей терапии (после двух последовательных курсов адекватной монотерапии антидепрессантом) в случае достижения лишь частичного терапевтического ответа (редукции симптоматики на 25-50%) целесообразно проведение

- увеличить дозу препарата
- добавить к антидепрессанту антипсихотик
- заменить препарат на антидепрессант с другим механизмом действия
- заменить препарат на другой антидепрессант из той же фармакологической группы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 20 лет самостоятельно обратилась к врачу-психиатру.

Жалобы

На пониженное настроение, активность и работоспособность, бессонницу, отсутствие аппетита, неспособность сосредоточиться на работе, нежелание что-либо делать.

Анамнез заболевания

* Анамнестические сведения собраны со слов больной.

* Наследственность психическими заболеваниями не отягощена.

* Впервые почувствовала себя нездоровой несколько месяцев назад, когда должна была подготовить доклад для студенческой конференции. Для этого много занималась, работала по ночам, недосыпала, на занятиях с трудом могла сосредоточиться, успеваемость снизилась, «стала средней студенткой». При подготовке доклада впервые заметила, что не может сосредоточиться на заданной теме, «выделить главное», «ясно выразить мысль». С трудом заставляла себя заниматься, быстро уставала, появилась вялость, слабость, не могла написать более одного листа в день. Очень переживала свои «неспособность и лень», боялась не успеть к сроку, стала часто плакать, раздражаться на сестру и родителей, пропустила несколько раз занятия в институте, чтобы поработать над докладом, но почти ничего не сделала. Ухудшилось настроение, появились нарушения сна – долго не могла уснуть, просыпалась рано, но отдохнувшей себя не чувствовала, вставать было трудно. Снижился аппетит, похудела за два месяца на семь килограмм. Родители советовали ей «больше гулять на воздухе», но она отказывалась, не было

желания куда-либо выходить, кроме института. Перестала посещать библиотеку – «читать трудно, подолгу вникаю в каждую строчку». По настоянию родителей обратилась к психиатру.

Анамнез жизни

* Родилась в срок от нормально протекавших беременности и родов.

* Росла здоровой, почти не болела, детские инфекции перенесла без осложнений. Детский сад не посещала, с ней занималась тетя.

* С 6 лет начала учиться в спецшколе с английским уклоном. Старалась учиться отлично по всем предметам, но особенно легко успевала по английскому. С семи лет, по настоянию матери, стала заниматься в музыкальной школе по классу фортепиано, приходилось играть по несколько часов, занятия не нравились, но боялась сказать об этом матери, иногда прогуливала уроки.

* Закончила музыкальную школу с отличием, а общеобразовательную с серебряной медалью. Поступила в институт иностранных языков. Поступление «отняло много сил», очень волновалась, боялась «оказаться хуже всех одноклассников», если сразу не поступит.

* Не курит, употребление алкоголя и ПАВ отрицает.

Объективный статус

В кабинет входит неуверенно. Одета скромно. Выражение лица печальное. Голос тихий, маломодулированный, речь несколько замедлена по темпу. Жалобы предъявляет неохотно, немногословно. Говорит, что «ничего не радует, устала от всего, ничего не хочется». Жалуется на усталость, вялость, отсутствие аппетита. При беседе об учебе начинает плакать, говорит, что ее «наверняка теперь исключат из института», что она «абсолютно неспособная», «подведет свою группу, если не подготовит доклад». Сообщает, что ничего почти не ест, из-за этого похудела примерно на семь килограмм за последние два месяца. Рассказывает, что долго не может заснуть, часто просыпается ночью, утром долго не встает, так как чувствует себя «уже уставшей». Стала часто пропускать занятия, так как трудно «досидеть до конца лекции или семинара», с трудом воспринимает новую информацию, чувствует себя «рассеянной, уставшей», не может читать столько, сколько раньше, не способна хорошо подготовиться к занятиям. Говорит, что часто раздражается на близких и друзей, из-за чего потом долго переживает, не хочет никого видеть, почти ни с кем не общается. При беседе утомляется. На вопросы отвечает по существу, но несколько рассеянная, часто переспрашивает. Суицидальные мысли отрицает.

Для оценки риска соматическому здоровью перед установлением диагноза и назначением терапии целесообразно выполнить

- увеличить дозу препарата
- добавить к антидепрессанту антипсихотик
- заменить препарат на антидепрессант с другим механизмом действия
- заменить препарат на другой антидепрессант из той же фармакологической группы

Результаты обследования

Электрокардиография

Заключение: тенденция к синусовой тахикардии 92 в мин. Нормальное положение ЭОС

Реоэнцефалография сосудов головного мозга

Заключение: без патологических изменений

Эхоэнцефалоскопия

Заключение: смещения М-эхо нет. М-эхо существенно не расширено

Электроэнцефалография

Заключение: умеренные изменения биоэлектрической активности с признаками ирритации.

Учитывая данные анамнеза, психического статуса, проведенного обследования больной можно поставить диагноз по МКБ-10

- увеличить дозу препарата
- добавить к антидепрессанту антипсихотик
- заменить препарат на антидепрессант с другим механизмом действия
- заменить препарат на другой антидепрессант из той же фармакологической группы

Диагноз

F32.11. Депрессивный эпизод средней степени с соматическими симптомами

F32.10 Депрессивный эпизод средней степени без соматических симптомов

F33.10 Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод средней степени без соматических симптомов

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

К «соматическим» симптомам, имеющимся в клинической картине пациентки следует отнести

- слабость, быструю утомляемость
- ранние пробуждения, снижение аппетита и веса
- головные боли, онемения верхних и нижних конечностей
- раздражительность, напряжение

О средней степени тяжести депрессии у данной пациентки свидетельствует наличие

- не менее 2 основных и не менее 3 дополнительных симптомов
- все 3 основных и не менее 3 дополнительных симптомов
- не менее 2 основных и не менее 5 дополнительных симптомов
- не менее 2 основных и не менее 2 дополнительных симптомов

У больной выявляются основные симптомы депрессии, к которым относятся снижение настроения, утрата интересов и удовольствия и

- снижение аппетита
- нарушение сна в виде ранних пробуждений
- снижение энергии, и повышенная утомляемость
- уменьшение способности концентрироваться

Лечение пациентки следует начинать в условиях

- отделения дневного стационара психоневрологического диспансера
- отделения интенсивного оказания психиатрической помощи (полустационар) психоневрологического диспансера
- психиатрического стационара
- амбулаторного отделения (кабинета) с периодическим посещением участкового врача-психиатра

На первом этапе купирующей терапии пациентке следует назначить

- фармакотерапию антидепрессантом
- транскраниальную магнитную стимуляцию
- фармакотерапию экстрактом зверобоя
- когнитивно-поведенческую психотерапию

Препаратом выбора на первом этапе купирующей терапии для пациентки является

- вортиоксетин
- амитриптилин
- кломипрамин
- имипрамин

Оценить эффект вортиоксетина у больной следует через + ____ + недель/недели

- 8-12
- 1-2
- 4-6
- 6-8

По прошествии 6 недель лечения вортиоксетином у пациентки отмечается явная положительная динамика в самочувствии, в связи с чем должна быть выбрана стратегия

- замены вортиоксетина психотерапией
- замены вортиоксетина на препарат растительного происхождения, например, экстракт зверобоя
- продолжения терапии вортиоксетином в минимальной терапевтической дозе
- продолжения терапии антидепрессантом в полной терапевтической дозе

При лечении депрессивного эпизода средней степени с соматическими симптомами в случае недостаточной эффективности и плохой переносимости назначенного на первом этапе купирующей терапии антидепрессанта целесообразна

- эскалация дозы препарата
- замена препарата на антидепрессант с другим механизмом действия
- замена препарата на другой антидепрессант из той же фармакологической группы
- аугментация эффекта антидепрессанта антипсихотиком

На третьем этапе купирующей терапии депрессивного эпизода средней степени с соматическими симптомами (после двух последовательных курсов адекватной монотерапии антидепрессантом) в случае достижения лишь частичного терапевтического ответа (редукции симптоматики на 25-50%) целесообразно проведение

- эскалация дозы препарата
- замена препарата на антидепрессант с другим механизмом действия
- замена препарата на другой антидепрессант из той же фармакологической группы
- аугментация эффекта антидепрессанта антипсихотиком

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 38 лет находится в течение 2 недель в психиатрическом стационаре.

Жалобы

* Эпилептические приступы частотой до 2 раз в месяц с нарушением сознания, тоническими судорогами, с психомоторными автоматизмами в постприступном периоде

* В течение нескольких часов после судорожного приступа иногда появляются галлюцинации - "слышит" и "видит" умерших родственников, может «предсказывать» глобальные события и катастрофы, чувствует себя единым с некими высшими силами, которые «транслируют» секретную информацию

Анамнез заболевания

* Эпилепсией болен с детства, неоднократно лечился и госпитализировался в неврологические и психиатрические стационары

* За время болезни выросли психические изменения, появился полиморфизм припадков

* Несмотря на регулярный прием терапии, клиническая картина характеризовалась наличием простых и сложных фокальных припадков с или без вторичной генерализации, постприступными психическими расстройствами. Последние появились около 7 лет назад, возникают спустя сутки после судорожного приступа.

* Последний судорожный приступ 16 дней назад, после которого в течение 5 часов отмечалось психомоторное возбуждение, галлюцинаторно-бредовые переживания, идеи величия

Анамнез жизни

* В детстве не отставал в физическом и психическом развитии от сверстников

* Образование среднее, учился неохотно, успевал удовлетворительно

- * Не работает, является инвалидом второй группы
- * Женат не был, проживает на квартире вместе с матерью
- * Время проводит за изучением религиозной, философской литературы
- * Мать характеризует пациентка как в целом доброго человека, которому не повезло родиться больным. Отмечает, что в последние годы сын стал вспыльчивым, по мере утяжеления эпилептических приступов стал более замкнутым, напряженным, пассивным
- * Дважды оперирован под общим наркозом (аппендэктомия, холецистэктомия), на выходе из медикаментозного сна отмечались идеи величия, считал себя сыном фараона, мог слышать голоса небесных сил
- * Травм головы не было, алкоголем не злоупотребляет, психоактивные вещества не принимает

Объективный статус

Психический статус: ориентирован всесторонне верно. Внешне опрятен. В контакт вступает неохотно. Держится несколько отстраненно, надменно. Поза свободная. Речь замедленная, монотонная, по типу монолога, голос низкий. Эгоцентричен. Ответы в плане заданного, не всегда по существу. К постпреступным психотическим эпизодам не критичен, сообщает, что ему ("голоса") "рассказали много интересного", называет себя «лучшим из людей». Себя больным не считает, воспринимает заболевание как благо. Мышление обстоятельное, вязкое. Религиозен. Внимание на теме разговора удерживает. Память снижена, интеллектуально невысок. Пословицы трактует конкретно. Настроение с оттенком благодушия. На момент осмотра обманов зрения и слуха не выявляет, суицидальных мыслей не высказывает.

Необходимыми для постановки диагноза методами обследования являются

- экспериментально-психологические
- инструментальные
- нейрофизиологические
- клиничко-лабораторные

У данного больного имеет место + _____ + синдром

- маниакальный
- паранойяльный

- парафренный
- депрессивный

У пациента можно предположить диагноз

- маниакальный
- паранойяльный
- парафренный
- депрессивный

Диагноз

F06.2 Органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство

F20.0 Параноидная шизофрения

F22.0 Бредовое расстройство

F23.2 Острое шизофреноформное психотическое расстройство

Шизоформные психозы характерны для + _____ + периода

- предиктального
- интериктального
- постиктального
- иктального

При поражении + _____ + доли головного мозга частота встречаемости шизоформных психозов является наивысшей

- теменной
- затылочной
- лобной
- височной

Терапия постиктальных психозов заключается в назначении

- антидепрессантов
- нейролептиков
- противосудорожных средств
- нормотимиков

Для купирования острого постиктального психоза требуется назначение + _____ + доз нейролептика

- высоких
- максимально допустимых
- минимальных, ниже порога терапевтического действия
- низких или средних

При приеме высоких доз таких противоэпилептических препаратов, как _____, возможно развитие психотических состояний на фоне форсированной нормализации ЭЭГ

- вальпроаты
- карбамазепин
- этосуксимид
- ламотриджин

Постиктальные психозы

- рассматриваются как психический эквивалент пароксизмов
- возникают непосредственно перед припадком и фактически переходят в него
- возникают на фоне ясного сознания спустя длительное время после припадков
- следуют после припадков, возникают обычно через 12-120 часов после последнего припадка и характеризуются высокой аффективной заряженностью и продолжительностью в несколько часов до 3-4 недель

При постановке диагноза органического бредового (шизофреноподобного) расстройства решающими факторами являются

- шизофренический дефект после окончания психоза, отсутствие критики к переживаниям
- шизофрения в анамнезе, задержки развития в детском возрасте
- наличие эпилепсии в анамнезе, изменение личности по эпилептоидному типу после окончания психоза
- травмы головы, отягощенная наследственность по шизофрении

Психозы при эпилепсии являются

- казуистическими состояниями, которые могут возникнуть вне зависимости от срока, течения заболевания и проводимой терапии

- следствием утяжеления течения эпилепсии, поэтому их профилактика заключается в назначении своевременной и адекватной антиконвульсивной терапии
- неизбежным и закономерным развитием эпилепсии, при длительном течении заболевания практически у каждого пациента развиваются психозы
- частым осложнением течения эпилепсии (до 50% судорожных припадков сопровождаются психотическими состояниями)

При эпилепсии + _____ + доли головного мозга изменения личности наиболее сильно схожи с дефектом при шизофрении

- казуистическими состояниями, которые могут возникнуть вне зависимости от срока, течения заболевания и проводимой терапии
- следствием утяжеления течения эпилепсии, поэтому их профилактика заключается в назначении своевременной и адекватной антиконвульсивной терапии
- неизбежным и закономерным развитием эпилепсии, при длительном течении заболевания практически у каждого пациента развиваются психозы
- частым осложнением течения эпилепсии (до 50% судорожных припадков сопровождаются психотическими состояниями)

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 56 лет, осмотрен в штабе оказания помощи пострадавшим при ЧС. Лежит на кушетке с закрытыми глазами, при попытке обратиться к нему не отвечает. Внешне значимых физических травм не обнаруживает.

Жалобы

Жалоб активно не предъявляет.

Анамнез заболевания

Ранее в поле зрения психиатров не попадал. Пострадал во время пожара в кинотеатре, где, со слов родственников, находился вместе с внучкой, спасти которую не удалось.

Анамнез жизни

Наследственность не отягощена. Родился от первой беременности, в срок. В детстве рос и развивался нормально. Учился хорошо, окончил школу и техникум. В последние годы работал управляющим магазином. С коллегами и

подчиненными конфликтов не имел. В возрасте 25 лет женился. Имеет двоих детей.

Объективный статус

Во время осмотра лежит на кушетке в одном положении. Не двигается. На внешние раздражители не реагирует. Продуктивному контакту не доступен. Сознание помрачено. На момент осмотра продуктивной психотической симптоматики (бреда, галлюцинаций) не выявлено.

Психиатрическое освидетельствование данного больного проводится

- только при наличии письменного согласия пациента
- при наличии письменного согласия родственников
- только при наличии судебного решения
- даже при отсутствии письменного согласия пациента

Дальнейшее лечение данного пациента следует проводить

- в санатории психо-неврологического профиля
- в условиях дневного стационара психиатрического профиля
- амбулаторно, периодически посещая больного на дому
- в условиях обычного психиатрического стационара

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- в санатории психо-неврологического профиля
- в условиях дневного стационара психиатрического профиля
- амбулаторно, периодически посещая больного на дому
- в условиях обычного психиатрического стационара

Результаты обследования

Общий анализ крови

[options="header", cols="25%,^25%,^25%"]

|====

^| *Наименование* а| *Результат* а| *Нормы*

а| Гемоглобин, г/л а| 150 а| 130-160

а| Эритроциты а| 4×10^{12} а| $4-5,1 \times 10^{12}$

а| Цветовой показатель а| 0,85 а| 0,85-1,15

- a| Ретикулоциты a| 1% a| 0,2-1,2%
- a| Тромбоциты a| 190×10^9 a| $180-320 \times 10^9$
- a| СОЭ, мм/ч a| 5 a| 1-10
- a| Лейкоциты a| 6×10^9 a| $4-9 \times 10^9$
- a| Палочкоядерные a| 3 a| 1-6%
- a| Сегментоядерные a| 58% a| 47-72%
- a| Эозинофилы a| 0 a| 0-5%
- a| Базофилы a| 0 a| 0-1%
- a| Лимфоциты a| 22% a| 18-40%
- a| Моноциты a| 5% a| 2-9%

|====

Биохимический анализ крови

[options="header", cols="25%,^25%,^25%"]

|====

- ^| *Наименование* a| *Результат* a| *Нормы*
- a| Белок общий, г/л a| 75 a| 64-83
- a| Альбумин, г/л a| 45,4 a| 30-50
- a| Мочевина, ммоль/л a| 3,7 a| 1,7-8,3
- a| Креатинин, мкмоль/л a| 84 a| 80-115
- a| Общий билирубин, мкмоль/л a| 12,1 a| <20
- a| Глюкоза, ммоль/л a| 4,4 a| 4,1-5,9

а| Общий холестерин, ммоль/л а| 5,5 а| 3,3-5,2

а| Триглицериды, ммоль/л а| 0,71 а| 0,1-1,7

а| ЛПНП, ммоль/л а| 3,0 а| 1,1-3,0

а| КФК а| 110 а| 35-165

а| АСТ, Ед/л а| 29 а| 4-32

а| АЛТ, Ед/л а| 17 а| 7-31

|====

Анализ крови на пролактин

5 нг/мл

Анализ крови на иммуноглобулины

[options="header", cols="25%,^25%,^25%"]

|====

^| *Наименование* а| *Результат* а| *Нормы*

а| Иммуноглобулин А, г/л а| 10,50 а| 00,40-3,50

а| Иммуноглобулин М, г/л а| 22,1 а| 00,7-2,8

а| Иммуноглобулин G, г/л а| 217,2 а| 88,0-18,0

|====

Анализ спинно-мозговой жидкости

[options="header", cols="25%,^25%,^25%"]

|====

^| Наименование а| *Результат* а| *Норма*

а| Цвет а| бесцветная а| бесцветная

а| Прозрачность а| прозрачная а| прозрачная

a| Белок a| 0,3 г/л a| 0,1-0,3 г/л

a| Глюкоза a| 3,2 ммоль/л a| 2,8-3,9 ммоль/л

a| Цитоз a| 2 в 1 мкл a| 0-3 лимфоцита в 1 мкл

|====

МРТ

Результаты без патологии

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- в санатории психо-неврологического профиля
- в условиях дневного стационара психиатрического профиля
- амбулаторно, периодически посещая больного на дому
- в условиях обычного психиатрического стационара

Результаты обследования

ЭКГ

ЭОС отклонена влево. Ритм синусовый, ЧСС 67 в мин.

МРТ головного мозга

***Заключение*:** единичные очаговые изменения вещества головного мозга сосудистого генеза.

Флюорография

***Заключение*:** легочные поля прозрачны, без очаговых и инфильтративных изменений. Корни структурны. Тень средостения не расширена. Диффузный пневмосклероз. Синусы свободны.

Ультразвуковая доплерография

***Заключение*:** диаметр и ход брахиоцефальных артерий не нарушен. КИМ не изменен. Патологические образования в просвете ПКА, ОСА, ВСА, НСА и ПА с обеих сторон не выявлены. В ОСА, ВСА, НСА с обеих сторон симметричный, антероградный кровоток, гемодинамические показатели в пределах возрастной нормы. Кровоток в яремных венах не изменен.

В соответствие с критериями МКБ-10 больному следует выставить диагноз

- в санатории психо-неврологического профиля
- в условиях дневного стационара психиатрического профиля
- амбулаторно, периодически посещая больного на дому

- в условиях обычного психиатрического стационара

Диагноз

F43.0 Реакция на острый стресс

F43.1 Посттравматическое стрессовое расстройство

F43.2 Расстройство адаптации

F44.1 Генерализованное тревожное расстройство

Важным критерием дифференциальной диагностики между различными постстрессовыми состояниями является

- количество людей, так же подвергшихся воздействию этого стрессора
- вид стрессовой ситуации
- место воздействия стрессора
- время появления симптомов расстройства

Мероприятием на догоспитальном этапе является

- назначение препаратов из группы СИОЗС
- назначение препаратов из группы ИМАО
- назначение лекарственных средств в сочетании с психотерапевтическими интервенциями
- лечение препаратами во внебольничных условиях не показано

Пациенту показано назначение

- антидепрессантов с активирующим действием
- ноотропов, производных пиридоксина
- антидепрессантов с седативным действием
- ноотропов, производных ГАМК

Наиболее подходящими методами психотерапии является (-ются)

- гештальт-терапия
- релаксационные методы
- психоаналитическая терапия
- арт-терапия

При назначении типичных антипсихотиков следует опасаться возникновения

- лекарственного паркинсонизма
- тромбоцитопении и подкожных кровоизлияний
- галлюцинаторной активности
- приступа артериальной гипертензии

Антидепрессантами, которые следует назначить пациенту при тенденции к затяжному течению, являются

- трициклические антидепрессанты
- антидепрессанты из группы СИОЗС
- антидепрессанты из группы СИОЗСН
- антидепрессанты из группы ИМАО

Препаратами, которые следует назначить пациенту при тенденции к затяжному течению, являются

- трициклические антидепрессанты
- антидепрессанты из группы СИОЗС
- антидепрессанты из группы СИОЗСН
- антидепрессанты из группы ИМАО

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 19 лет, с минно-взрывной травмой головы и конечностей, полученной при вооруженном нападении на колледж, в котором она училась. Осмотрена в отделении хирургического стационара через 5 дней после чрезвычайной ситуации, по инициативе лечащего врача..

Жалобы

Предъявляет жалобы на трудности засыпания, снижение настроения.

Анамнез заболевания

Ранее в поле зрения психиатров не попадала. Две недели назад в ходе перестрелки и взрыва, произошедшего в колледже, студенткой которого является, получила тяжелую сочетанную взрывную травму головы, живота, нижних конечностей (в том числе значительную утрату стопы), закрытую черепно-мозговую травму, в связи с чем была доставлена в один из хирургических стационаров г. Москвы.

Анамнез жизни

Наследственность не отягощена. Родилась от первой беременности, в срок. В детстве росла и развивалась нормально. Училась отлично, после девятого

класса школы поступила в колледж своего города на специальность «экономист». На момент обследования являлась студенткой четвертого курса. С однокурсниками и преподавателями конфликтов не имела.

Объективный статус

Во время осмотра находится в палате, лежит на кровати в одном положении. Ориентирована в месте, времени и собственной личности верно, цель нахождения в стационаре понимает правильно, продуктивному контакту доступна, однако, речь монотонна, маловыразительна, голос тихий, слабomodулированный. Выражение лица растерянное, испуганное. Анамнестические сведения сообщает последовательно, отмечает, что училась на отлично и с удовольствием посещала колледж. В то же время на вопросы, касающиеся произошедшего чрезвычайного события, отвечает крайне неохотно, категорически отказывается воспроизводить пережитое и увиденное, эмоционально добавляет «не хочу вспоминать этот ужас», при этом закрывает глаза, мимически демонстрирует отвращение к фрагментарным воспоминаниям. Боится возвращаться в родной город, в особенности, в колледж. Фон настроения ситуативно снижен, мышление замедленно по темпу, в целом – последовательно. Интеллектуально-мнестические функции несколько снижены. Какой-либо психопатологической симптоматики в виде бреда, галлюцинаций не обнаруживает. Суицидальные мысли отрицает.

Психиатрическое освидетельствование данного больного проводится

- только при наличии судебного решения
- при наличии письменного согласия родственников
- даже при отсутствии письменного согласия пациента
- только при наличии письменного согласия пациента

Дальнейшее лечение данного пациента следует проводить

- в санатории психо-неврологического профиля
- амбулаторно, периодически посещая больного на дому
- в условиях дневного стационара психиатрического профиля
- в условиях обычного соматического стационара

Целесообразными для постановки диагноза шкалами являются

- в санатории психо-неврологического профиля
- амбулаторно, периодически посещая больного на дому
- в условиях дневного стационара психиатрического профиля
- в условиях обычного соматического стационара

Результаты обследования

Шкала тревоги и депрессии Бека

Тревога – 20 баллов

Депрессия – 18 баллов

HADS

Суммарный показатель – 12 баллов

Шкала Бейли

Развитие соответствует возрасту

Шкала Гезелла

Развитие соответствует возрасту

Шкала Стэнфорда-Бине

IQ=100

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- в санатории психо-неврологического профиля
- амбулаторно, периодически посещая больного на дому
- в условиях дневного стационара психиатрического профиля
- в условиях обычного соматического стационара

Результаты обследования

ЭЭГ

Заключение: патологическая активность, в т.ч. эпилептиформная, не зарегистрирована.

ЭхоКГ

Заключение: полости сердца не расширены. Нарушений локальной сократимости миокарда ЛЖ не выявлено. Диастолическая функция миокарда ЛЖ не нарушена. Жидкости в полости перикарда не выявлено.

Флюорография

Заключение: легочные поля прозрачны, без очаговых и инфильтративных изменений. Корни структурны. Тень средостения не расширена. Диффузный пневмосклероз. Синусы свободны.

Ультразвуковая доплерография

Заключение: диаметр и ход брахиоцефальных артерий не нарушен. КИМ не изменен. Патологические образования в просвете ПКА, ОСА, ВСА, НСА и ПА с

обеих сторон не выявлены. В ОСА, ВСА, НСА с обеих сторон симметричный, антероградный кровоток, гемодинамические показатели в пределах возрастной нормы. Кровоток в яремных венах не изменен.

В соответствие с критериями МКБ-10 больному следует выставить диагноз

- в санатории психо-неврологического профиля
- амбулаторно, периодически посещая больного на дому
- в условиях дневного стационара психиатрического профиля
- в условиях обычного соматического стационара

Диагноз

F43.2 Расстройство приспособительных реакций

F43.1 Посттравматическое стрессовое расстройство

F43.0 Реакция на острый стресс

F44.1 Генерализованное тревожное расстройство

Важным критерием дифференциальной диагностики между различными постстрессовыми состояниями является

- место воздействия стрессора
- время появления симптомов расстройства
- количество людей, так же подвергшихся воздействию этого стрессора
- вид стрессовой ситуации

Для купирования симптомов нарушения сна следует назначить

- антидепрессанты
- нормотимики
- снотворные препараты
- анксиолитики

Препаратами выбора первой линии психофармакотерапии являются

- антипсихотики
- противотревожные средства
- антидепрессанты
- ноотропы

Наиболее подходящими методами психотерапии является (-ются)

- психоаналитическая терапия
- арт-терапия
- релаксационные методы
- гештальт-терапия

При назначении типичных антипсихотиков следует опасаться возникновения

- тромбоцитопении и подкожных кровоизлияний
- приступа артериальной гипертензии
- лекарственного паркинсонизма
- галлюцинаторной активности

Антидепрессантами, которые следует назначить пациенту при тенденции к затяжному течению, являются

- антидепрессанты из группы СИОЗСН
- антидепрессанты из группы СИОЗС
- антидепрессанты из группы ИМАО
- трициклические антидепрессанты

Препаратами, которые следует назначить пациенту при тенденции к затяжному течению, являются

- антидепрессанты из группы СИОЗСН
- антидепрессанты из группы СИОЗС
- антидепрессанты из группы ИМАО
- трициклические антидепрессанты

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 40 лет обратился к психиатру по месту жительства.

Жалобы

На нарушение сна, трудности процесса засыпания, пробуждение вследствие ночных кошмаров. Наплывы воспоминаний о пережитой авиакатастрофе. Также сообщает, что в последнее время стал раздражительным, проявляет агрессию по отношению к коллегам на работе.

Анамнез заболевания

Ранее к психиатру не обращался. Около 6 месяцев назад пережил авиакатастрофу, вследствие которой погиб лучший друг. Последние полтора

месяца стал просыпаться по ночам от кошмарных сновидений, стало сложно засыпать, стал откладывать время отхода ко сну. Сообщает про наплывы воспоминаний о пережитой катастрофе, постоянные мысли о друге, которого не смог спасти в авиакатастрофе. При появлении раздражителя (громкие звуки, шум, сигнализация) возникают «приступы страха». Стал раздражителен, отмечает ранее не проявляющуюся агрессию по отношению к коллегам. Обратился за помощью в ПНД по месту жительства.

Анамнез жизни

Наследственность психопатологически не отягощена. Родился от первой беременности, в срок. Раннее развитие соответствовало возрасту. В школе учился хорошо. Получил высшее образование, по специальности инженер-энергетик. Прошел срочную службу в армии. В настоящее время работает по специальности. В браке, проживает с женой и двумя детьми

Объективный статус

Внешний вид соответствует полу и возрасту.

Контакту доступен, ориентирован всесторонне верно. Речь эмоционально модулированная, грамотная. На вопросы отвечает в плане заданного, подробно. На вопросы о событиях при чрезвычайной ситуации. Сообщает про наплывы воспоминаний о пережитой катастрофе, постоянные мысли о друге, которого не смог спасти в авиакатастрофе, при появлении раздражителя (громкие звуки, шум, сигнализация) возникают «приступы страха». Аффективно лабилен, тревожен. Сон с пробуждениями и ночными кошмарами. Обманов восприятия на момент осмотра не обнаруживает. Суицидальных тенденций не выявляет. Настроен на лечение, ищет помощи.

Психиатрическое освидетельствование данного больного проводится

- только при наличии письменного согласия пациента
- даже при отсутствии письменного согласия пациента
- только при наличии судебного решения
- при наличии письменного согласия жены

Дальнейшее лечение данного пациента следует проводить

- в условиях психиатрического стационара
- амбулаторно
- в отделении первого психотического эпизода
- в санатории психо-неврологического профиля

Для дальнейшего обследования и лечения в ПНД необходимо провести лабораторную диагностику

- в условиях психиатрического стационара
- амбулаторно
- в отделении первого психотического эпизода
- в санатории психо-неврологического профиля

Результаты обследования

Общий (клинический) анализ крови развернутый

[options="header", cols="25%,^25%,^25%"]

|====

^| *Наименование* а| *Нормы* а| *Результат*

а| Гемоглобин а| 130,0 - 160,0 г/л а| 148,0

а| Гематокрит а| 35,0 - 47,0 % а| 44,4

а| Лейкоциты а| 4,00 - 9,00 *10⁹/л а| 8,5

а| Эритроциты а| 4,00 - 5,70 *10¹²/л а| 4,35

а| Тромбоциты а| 150,0 - 320,0 *10⁹/л а| 190,0

а| Лимфоциты а| 17,0 - 48,0 % а| 33,8

а| Моноциты а| 2,0 - 10,0 % а| 8,5

а| Нейтрофилы а| 48,00 - 78,00 % а| 78,9

а| MCV а| 80 – 100 fl а| 92

а| Эозинофилы а| 0,0 - 6,0 % а| 5

а| Базофилы а| 0,0 - 1,0 % а| 0,0

а| СОЭ по Панченкову а| 2 – 20 мм/час а| 10

|====

Анализ мочи общий

[options="header", cols="25%,^25%,^25%"]

|====

^ | *Наименование* а | *Нормы* а | *Результат*

а | Цвет мочи а | Соломенно-желтый а | Соломенно-желтый

а | Прозрачность а | прозрачная а | прозрачная

а | Относительная плотность а | 1,010-1,025 а | 1,020

а | Белок а | до 0,012г/л а | 0,011

а | Глюкоза а | отр. а | отр.

а | Эритроциты а | до 3 в п/зр. а | 3 в п/зр.

а | Лейкоциты а | до 5 в п/зр. а | 2 в п/зр.

а | Бактерии а | ----- а | -----

|====

Определение рН крови

рН крови – 6,8

Серологические реакции на ВИЧ и гепатиты В и С

Реакции на ВИЧ и гепатиты В и С отрицательные

Серологические пробы на сифилис

Серологические пробы на сифилис отрицательные

Определение МНО (международное нормализованное отношение) крови

МНО крови составляет 1,3

Для дальнейшего обследования и лечения в ПНД необходимо провести диагностическое исследование

- в условиях психиатрического стационара
- амбулаторно
- в отделении первого психотического эпизода
- в санатории психо-неврологического профиля

Результаты обследования

Электроэнцефалография

Основная активность в пределах возрастной нормы, эпилептиформная активность в бодрствовании и во сне не зарегистрирована. Эпилептических приступов, паттернов эпилептических приступов не зарегистрировано.

Компьютерная или магниторезонансная томография головы

Кости черепа не изменены. Структуры мозга симметричны, обычной структуры и плотности. Признаков атрофии и очаговых образований нет.

Рентгенография черепа

Кости черепа без внешних повреждений

Цветовое дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий

Без патологических изменений, толщина стенки не изменена, гемодинамические нарушения отсутствуют.

В соответствии с критериями МКБ-10 больному следует выставить диагноз

- в условиях психиатрического стационара
- амбулаторно
- в отделении первого психотического эпизода
- в санатории психо-неврологического профиля

Диагноз

F43.1 Посттравматическое стрессовое расстройство

F43.0 Острая реакция на стресс

F43.2 Расстройство приспособительных реакций

F41.1 Генерализованное тревожное расстройство

Дифференциальную диагностику ПТСР с острой реакцией на стресс можно провести на основании

- реабилитационного потенциала
- тяжести психического состояния
- комплаентности пациента
- длительности проявлений симптоматики

У больного имеются симптомы психического расстройства, в том числе

- признаки аффективно- бредового расстройства
- нарушение сознания и конверсионные симптомы
- навязчивые фобии и компульсии
- стойкие симптомы повышения психологической чувствительности

Первой линией психофармакотерапии ПТСР являются

- антидепрессанты (ТЦА)
- нормотимики
- антидепрессанты (СИОЗС)
- анксиолитики

Из немедикаментозных методов профилактики в амбулаторном звене, лечения и медицинской реабилитации следует отдать предпочтение

- психокоррекционному тренингу
- образовательному тренингу
- медитации
- терапии средой, психологической адаптации, электросну

Из методов психотерапии следует отдать предпочтение

- когнитивно-поведенческой терапии
- психоаналитической психотерапии
- гештальт терапии
- танцевально-двигательной терапии

При терапии ПТСР СИОЗС по сравнению с ТЦА ассоциируются с

- меньшей длительностью приема
- меньшей дозировкой
- меньшим количеством побочных эффектов, низким риском передозировки и лучшими показателями комплаентности
- более удобной формой приема (пролонгированные формы)

Рекомендованная длительность психофармакотерапии

- меньшей длительностью приема
- меньшей дозировкой
- меньшим количеством побочных эффектов, низким риском передозировки и лучшими показателями комплаентности
- более удобной формой приема (пролонгированные формы)

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 29 лет, обратилась к психиатру по месту жительства.

Жалобы

На нарушение сна, трудности процесса засыпания, ежедневные ночные кошмары. В последнее время перестала выходить из дома, пропало желание жить, появились суицидальные мысли. Раздражительность, беспричинная агрессия.

Анамнез заболевания

Ранее к психиатру не обращалась. Около 2 месяцев назад пережила авиакатастрофу, в которой погибла ее мать. Была госпитализирована в соматический стационар в связи с отравлением продуктами горения и ожогом дыхательных путей. Была выписана с рекомендацией обратиться к психиатру по месту жительства, однако обращаться не стала, считала, что со своими «душевными проблемами» справится сама. В течение 2-х месяцев был нарушен сон, просыпалась от кошмарных сновидений несколько раз за ночь. После выписки из стационара вышла на работу, однако почти сразу начались проблемы: сильно уставала, с трудом справлялась с заданиями руководства, было трудно сосредоточиться на чем-либо, постоянно всплывали «картинки» пережитой трагедии. Стала раздражительная, появилась беспричинная агрессия. Около недели назад уволилась с работы, перестала выходить из дома, все мысли связаны только с пережитым событием. Сообщает, что около двух недель назад появились суицидальные мысли, стала продумывать способы. Обратилась к психиатру по месту жительства.

Анамнез жизни

Наследственность психопатологически не отягощена. Родилась от первой беременности, в срок. Раннее развитие соответствовало возрасту. В школе училась хорошо. Получила высшее образование, по специальности журналистика. В настоящее время не работает, ушла после авиакатастрофы. Не замужем, проживает с младшей сестрой.

Объективный статус

Внешний вид соответствует полу и возрасту.

Контакту доступна, ориентирована всесторонне верно. Речь эмоционально модулированная, грамотная. На вопросы отвечает в плане заданного, подробно. При расспросе о событиях чрезвычайной ситуации плачет, сообщает, что «не смогла спасти мать», каждый день переживает события авиакатастрофы «как будто это происходит сейчас». Аффективно лабильна, тревожна. Сон с ежедневными пробуждениями и ночными кошмарами. Обманов восприятия на

момент осмотра не обнаруживает. Сообщает, что около двух недель назад появились суицидальные мысли, стала продумывать способы. Критика формальная.

Дальнейшее лечение данного пациента следует проводить

- амбулаторно
- в санатории психо-неврологического профиля
- в условиях психиатрической реанимации
- в условиях психиатрического стационара

По началу и продолжительности симптомов, состояние пациента соответствует

- транзиторному ПТСР
- ПТСР с отсроченным началом
- острому ПТСР
- хроническому ПТСР

Для дальнейшего обследования и лечения необходимо провести лабораторную диагностику

- транзиторному ПТСР
- ПТСР с отсроченным началом
- острому ПТСР
- хроническому ПТСР

Результаты обследования

Общий (клинический) анализ крови развернутый

[options="header", cols="25%,^25%,^25%"]

|====

a| *Наименование* a| *Нормы* a| *Р**езультат*

a| Гемоглобин a| 130,0 - 160,0 г/л a| 158,0

a| Гематокрит a| 35,0 - 47,0 % a| 35,4

a| Лейкоциты a| 4,00 - 9,00 {asterisk}10⁹/л a| 8,5

a| Эритроциты a| 4,00 - 5,70 {asterisk}10¹²/л a| 5,0

a| Тромбоциты a| 150,0 - 320,0 {asterisk}10⁹/л a| 300,0

a| Лимфоциты a| 17,0 - 48,0 % a| 30,8

a| Моноциты a| 2,0 - 10,0 % a| 5,1

a| Нейтрофилы a| 48,00 - 78,00 % a| 58,9

a| MCV a| 80 – 100 fl a| 88

a| Эозинофилы a| 0,0 - 6,0 % a| 2

a| Базофилы a| 0,0 - 1,0 % a| 0,0

a| СОЭ по Панченкову a| 2 – 20 мм/час a| 11

|====

Анализ мочи общий

[options="header", cols="25%,^25%,^25%"]

|====

a| *Наименование* a| *Нормы* a| *Результат*

a| Белок общий a| 57,0-82,0 г/л a| 58,3

a| Глюкоза a| 4,1-5,9 ммоль/л a| 5,3

a| Креатинин a| 44-115 мкмоль/л a| 88

a| Билирубин общий a| 3,0-21,0 мкмоль/л a| 5

a| АСТ a| 0-34 ед/л a| 12

a| АЛТ a| 10-49 ед/л a| 22

a| ГГТ a| 10-79 ед/л a| 58

a| Амилаза a| 28-100 ед /л a| 95

|====

Серологические реакции на ВИЧ и гепатиты В и С

Реакции на ВИЧ и гепатиты В и С отрицательные

Серологические пробы на сифилис

Серологические пробы на сифилис отрицательные

Определение рН крови

рН крови – 6,8

Определение МНО (международное нормализованное отношение) крови

МНО крови составляет 1,3

Для дальнейшего обследования и лечения в ПНД необходимо провести диагностическое исследование

- транзиторному ПТСР
- ПТСР с отсроченным началом
- острому ПТСР
- хроническому ПТСР

Результаты обследования

Электроэнцефалография

Основная активность в пределах возрастной нормы, эпилептиформная активность в бодрствовании и во сне не зарегистрирована. Эпилептических приступов, паттернов эпилептических приступов не зарегистрировано.

Компьютерная или магниторезонансная томография головы

Кости черепа не изменены. Структуры мозга симметричны, обычной структуры и плотности. Признаков атрофии и очаговых образований нет.

Рентгенография черепа

Кости черепа без внешних повреждений

Цветовое дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий

Без патологических изменений, толщина стенки не изменена, гемодинамические нарушения отсутствуют.

В соответствии с критериями МКБ-10 больному следует выставить диагноз

- транзиторному ПТСР
- ПТСР с отсроченным началом
- острому ПТСР
- хроническому ПТСР

Диагноз

F43.1 Посттравматическое стрессовое расстройство

F43.0 Острая реакция на стресс

F43.2 Расстройство приспособительных реакций

F41.1 Генерализованное тревожное расстройство

Дифференциальную диагностику ПТСР с острой реакцией на стресс можно провести на основании

- реабилитационного потенциала
- тяжести состояния пациента
- комплаентности
- длительности проявлений симптоматики

У больного имеются симптомы психического расстройства, в том числе

- навязчивые фобии и компульсии
- аффективно-бредового расстройства
- стойкие симптомы повышения психологической чувствительности
- нарушение сознания и конверсионные симптомы

Психофармакотерапией выбора является (-ются)

- анксиолитики
- антидепрессанты (ТЦА)
- нормотимики
- антидепрессанты (СИОЗС)

Из немедикаментозных методов профилактики в стационарном звене, лечения и медицинской реабилитации следует отдать предпочтение

- медитации
- терапии средой, психологической адаптации, электросну
- тренингу по управлению настроением
- образовательному тренингу

Из методов психотерапии следует отдать предпочтение

- танцевально-двигательной терапии

- психоаналитической психотерапии
- гештальт терапии
- когнитивно-поведенческой терапии

Психофармакотерапия ТЦА в сравнении с СИОЗ предпочтительна в связи с

- тяжестью состояния
- меньшей длительностью прием
- более удобной формой приема (пролонгированные формы)
- меньшей дозировкой

Рекомендованная длительность психофармакотерапии

- тяжестью состояния
- меньшей длительностью прием
- более удобной формой приема (пролонгированные формы)
- меньшей дозировкой

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 40 лет обратился к психиатру по месту жительства.

Жалобы

На нарушение сна, трудности процесса засыпания, пробуждение вследствие ночных кошмаров. Наплывы воспоминаний о пережитой авиакатастрофе. Также сообщает, что в последнее время стал раздражительным, проявляет агрессию по отношению к коллегам на работе.

Анамнез заболевания

Ранее к психиатру не обращался. Около 6 месяцев назад пережил авиакатастрофу, вследствие которой погиб лучший друг. Последние полтора месяца стал просыпаться по ночам от кошмарных сновидений, стало сложно засыпать, стал откладывать время отхода ко сну. Сообщает про наплывы воспоминаний о пережитой катастрофе, постоянные мысли о друге, которого не смог спасти в авиакатастрофе. При появлении раздражителя (громкие звуки, шум, сигнализация) возникают «приступы страха». Стал раздражителен, отмечает ранее не проявляющуюся агрессию по отношению к коллегам. Обратился за помощью в ПНД по месту жительства.

Анамнез жизни

* Наследственность психопатологически не отягощена. Родился от первой беременности, в срок. Раннее развитие соответствовало возрасту. В школе

учился хорошо. Получил высшее образование, по специальности инженер-энергетик. Прошел срочную службу в армии. В настоящее время работает по специальности. В браке, проживает с женой и двумя детьми.

Объективный статус

Внешний вид соответствует полу и возрасту.

Контакту доступен, ориентирован всесторонне верно. Речь эмоционально модулированная, грамотная. На вопросы отвечает в плане заданного, подробно. На вопросы о событиях при чрезвычайной ситуации отвечает неохотно, говорит, что старается не думать об этом, избегает напоминаний. Сообщает про наплывы воспоминаний о пережитой катастрофе, постоянные мысли о друге, которого не смог спасти в авиакатастрофе, при появлении раздражителя (громкие звуки, шум, сигнализация) возникают «приступы страха». Аффективно лабилен, тревожен. Сон с пробуждениями и ночными кошмарами. Обманов восприятия на момент осмотра не обнаруживает. Суицидальных тенденций не выявляет. Настроен на лечение, ищет помощи.

Психиатрическое освидетельствование данного больного проводится

- в санатории психо-неврологического профиля
- в условиях психиатрической реанимации
- амбулаторно
- только при наличии письменного согласия пациента

По началу и продолжительности симптомов, состояние пациента соответствует

- хроническое ПТСР
- ПТСР с отсроченным началом
- транзиторное ПТСР
- острое ПТСР

Для дальнейшего обследования и лечения необходимо провести лабораторную диагностику

- хроническое ПТСР
- ПТСР с отсроченным началом
- транзиторное ПТСР
- острое ПТСР

Результаты обследования

Общий (клинический) анализ крови развернутый

[options="header", cols="25%,^25%,^25%"]

|====

a| *Наименование* a| *Нормы* a| *Результат*

a| Гемоглобин a| 130,0 - 160,0 г/л a| 158,0

a| Гематокрит a| 35,0 - 47,0 % a| 35,4

a| Лейкоциты a| 4,00 - 9,00 {asterisk}10⁹/л a| 8,5

a| Эритроциты a| 4,00 - 5,70 {asterisk}10¹²/л a| 5,0

a| Тромбоциты a| 150,0 - 320,0 {asterisk}10⁹/л a| 300,0

a| Лимфоциты a| 17,0 - 48,0 % a| 30,8

a| Моноциты a| 2,0 - 10,0 % a| 5,1

a| Нейтрофилы a| 48,00 - 78,00 % a| 58,9

a| MCV a| 80 – 100 fl a| 88

a| Эозинофилы a| 0,0 - 6,0 % a| 2

a| Базофилы a| 0,0 - 1,0 % a| 0,0

a| СОЭ по Панченкову a| 2 – 20 мм/час a| 11

|====

Анализ мочи общий

[options="header", cols="25%,^25%,^25%"]

|====

a| *Наименование* a| *Нормы* a| *Результат*

a| Белок общий a| 0,0-3,0 г/л a| 78,3

a| Глюкоза a| 0,0-5,0 ммоль/л a| 5,1

a| Креатинин a| 44-115 мкмоль/л a| 80

a| Билирубин общий a| 3,0-21,0 мкмоль/л a| 15

a| АСТ a| 0-34 ед/л a| 21

a| АЛТ a| 10-49 ед/л a| 30

a| ГГТ a| 10-79 ед/л a| 55

a| Амилаза a| 28-100 ед /л a| 80

|====

Определение рН крови

рН крови – 6,8

Серологические реакции на ВИЧ и гепатиты В и С

Реакции на ВИЧ и гепатиты В и С отрицательные

Серологические пробы на сифилис

Серологические пробы на сифилис отрицательные

Определение МНО (международное нормализованное отношение) крови

МНО крови составляет 1,3

Для дальнейшего обследования и лечения в ПНД необходимо провести диагностическое исследование

- хроническое ПТСР
- ПТСР с отсроченным началом
- транзиторное ПТСР
- острое ПТСР

Результаты обследования

Электроэнцефалография

Основная активность в пределах возрастной нормы, эпилептиформная активность в бодрствовании и во сне не зарегистрирована. Эпилептических приступов, паттернов эпилептических приступов не зарегистрировано.

Компьютерная или магниторезонансная томография головы

Кости черепа не изменены. Структуры мозга симметричны, обычной структуры и плотности. Признаков атрофии и очаговых образований нет.

Рентгенография черепа

Кости черепа без внешних повреждений

Цветовое дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий

Без патологических изменений, толщина стенки не изменена, гемодинамические нарушения отсутствуют.

В соответствие с критериями МКБ-10 больному следует выставить диагноз

- хроническое ПТСР
- ПТСР с отсроченным началом
- транзиторное ПТСР
- острое ПТСР

Диагноз

F43.1 Посттравматическое стрессовое расстройство

F43.0 Острая реакция на стресс

F43.2 Расстройство приспособительных реакций

F41.1 Генерализованное тревожное расстройство

Дифференциальную диагностику ПТСР с острой реакцией на стресс можно провести на основании

- тяжести состояния пациента
- длительности проявлений симптоматики
- реабилитационного потенциала
- комплаентности

У больного имеются симптомы психического расстройства, в том числе

- навязчивые фобии и компульсии
- нарушение сознания и конверсионные симптомы
- стойкие симптомы повышения психологической чувствительности
- аффективно-бредового расстройства

Первой линией психофармакотерапии ПТСР являются

- нормотимики
- анксиолитики

- антидепрессанты (СИОЗС)
- антидепрессанты (ТЦА)

Из немедикаментозных методов профилактики в амбулаторном звене, лечения и медицинской реабилитации следует отдать предпочтение

- медитации
- образовательному тренингу
- терапии средой, психологической адаптации, электросну
- психокоррекционному тренингу

Из методов психотерапии следует отдать предпочтение

- психоаналитическая психотерапия
- танцевально-двигательная терапия
- гештальт терапия
- когнитивно-поведенческой терапии

При терапии ПТСР СИОЗС по сравнению с ТЦА ассоциируются с

- менее высоким уровнем побочных эффектов, риском передозировки
- ассоциируется с меньшей длительностью приема, простотой титрации дозировки
- ассоциируется с более удобной формой приема (пролонгированные формы)
- ассоциируется с меньшей дозировкой

Рекомендованная длительность психофармакотерапии

- менее высоким уровнем побочных эффектов, риском передозировки
- ассоциируется с меньшей длительностью приема, простотой титрации дозировки
- ассоциируется с более удобной формой приема (пролонгированные формы)
- ассоциируется с меньшей дозировкой

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 24 лет обратился на прием к психиатру по настоянию родственников в сопровождении матери.

Жалобы

* Жалобы пациента: эпизоды замираний с остановкой деятельности частотой

до ежедневных; приступы с утратой сознания, падением, судорогами несколько раз в жизни

* Жалобы со стороны матери: конфликтность, агрессивность, невозможность удержаться на работе, несоблюдение режима сна и приема лекарств

Анамнез заболевания

В 14 лет впервые во время игры за компьютером развился судорожный приступ, к врачам не обращался. Аналогичные приступы повторялись еще дважды, провоцировались недосыпанием, употреблением энергетических напитков. В 17 лет был эпизод, когда жестоко избил одноклассника. Во время учебы в вузе постепенно стал меняться по характеру, стал обидчивым, возбудимым. Перестал посвящать родных в свои дела, считал, что все ему обязаны, стал неблагодарным и безответственным. Не участвовал в семейных делах, вел потребительский образ жизни. Приходя домой из института, съедал все, что нравилось, не считаясь с другими членами семьи; закрывался в комнате, где, кроме него, жила младшая сестра, сидел за компьютером до 2-3 ч ночи, мешая ей спать; требовал от матери будить его по утрам, при пробуждении ежедневно громко нецензурно бранился. Многократно, возвращаясь домой на последней электричке, засыпал и проезжал мимо своей станции, звонил домой, чтобы отец приехал за ним ночью на машине. Не был ни вежливым, ни благодарным, постепенно вызвал ненависть к себе всей семьи. На 3 курсе был на грани отчисления из вуза после конфликта с преподавателем. По окончании вуза в течение двух лет сменил около 10 мест работы, снизив требования до малоквалифицированных специальностей, работал в одном месте не больше одного месяца, иногда увольнялся в первый же день, мотивируя тем, что не нравится начальник или коллектив. Несколько месяцев назад в ответ на незначительное замечание сестры накинулся на нее с кулаками, бил ее головой об стену. В течение последних месяцев стал замечать состояния замираний на несколько секунд при резком изменении освещения с ощущением напряжения конечностей, без падений, без нарушения сознания, с постепенным учащением до практически ежедневных.

Анамнез жизни

* среди ближайших родственников никто к психиатрам не обращался

* родился в асфиксии, проводились реанимационные мероприятия

* в дошкольном и младшем школьном возрасте был общительным, активным, добрым ребенком, «всеми любимым»

* в школе учился хорошо, поступил на бюджетное отделение вуза

Объективный статус

Внешне опрятен. Ориентирован верно, контакту доступен. Держится развязно, панибратски, не соответственно ситуации. Льстив и угодлив по отношению к врачам, с матерью общается грубо, на повышенных тонах. Голос громкий, многоречив, возмущается окружающими, с ругательствами перечисляет недостатки своих работодателей, близких, соседей, считает обвинения матери несправедливыми, оправдывается перед врачом. В речи использует жаргонные и нецензурные выражения. Легко возбуждается, прерывает беседу с врачом, встает, начинает кричать на мать, на замечания реагирует не сразу. Суждения прямолинейные, примитивные. Память, интеллект без грубых нарушений. Обманы восприятия отрицает. Суицидальные мысли отрицает.

Инструментальным методом исследования, необходимым для постановки диагноза, является

- менее высоким уровнем побочных эффектов, риском передозировки
- ассоциируется с меньшей длительностью приема, простотой титрации дозировки
- ассоциируется с более удобной формой приема (продолгованные формы)
- ассоциируется с меньшей дозировкой

Результаты обследования

Электроэнцефалография

Выраженные диффузные изменения биоэлектрической активности, характеризующиеся дезорганизацией и замедлением корковой ритмики. В фоновой ЭЭГ и при нагрузках выявляются вспышки ритмических дельта волн в сочетании с острыми волнами, комплексы «спайк-медленная волна», фокальный компонент в виде устойчивого акцента в правой лобно-центральной области, максимальная амплитуда до 300 мкВ.

Магнитно-резонансная томография головного мозга

Данных за очаговые изменения головного мозга не получено. Асимметрия боковых желудочков.

Цветовое дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий

Гемодинамически значимых изменений не выявлено.

Электрокардиография

Синусовый ритм. Нормальная ЭКГ.

Для дальнейшего обследования и лечения в психиатрическом стационаре необходимо провести

- менее высоким уровнем побочных эффектов, риском передозировки
- ассоциируется с меньшей длительностью приема, простотой титрации дозировки
- ассоциируется с более удобной формой приема (продолгованные формы)
- ассоциируется с меньшей дозировкой

Результаты обследования

Анализ крови общий и биохимический общетерапевтический

[options="header", cols="25%,^25%,^25%"]

|====

a| *Наименование* a| *Нормы* a| *Результат*

a| Гемоглобин a| 130,0 - 160,0 г/л a| 142,0

a| Гематокрит a| 35,0 - 47,0 % a| 41,5

a| Лейкоциты a| 4,00 - 9,00 {asterisk}10⁹/л a| 6,45

a| Эритроциты a| 4,00 - 5,70 {asterisk}10¹²/л a| 4,47

a| Тромбоциты a| 150,0 - 320,0 {asterisk}10⁹/л a| 225,0

a| Лимфоциты a| 17,0 - 48,0 % a| 26,8

a| Моноциты a| 2,0 - 10,0 % a| 7,1

a| Нейтрофилы a| 48,00 - 78,00 % a| 64,9

a| MCV a| 80 – 100 fl a| 88

a| Эозинофилы a| 0,0 - 6,0 % a| 6,1

a| Базофилы a| 0,0 - 1,0 % a| 0,0

a| СОЭ по Панченкову a| 2 – 20 мм/час a| 8

|====

{nbsp}

[options="header", cols="25%,^25%,^25%"]

|====

a| *Наименование* a| *Нормы* a| *Результат*

a| Белок общий a| 57,0-82,0 г/л a| 71,3

a| Глюкоза a| 4,1-5,9 ммоль/л a| 4,8

a| Креатинин a| 44-115 мкмоль/л a| 78

a| Билирубин общий a| 3,0-21,0 мкмоль/л a| 11,2

a| АСТ a| 0-34 ед/л a| 18

a| АЛТ a| 10-49 ед/л a| 17

a| ГГТ a| 10-79 ед/л a| 53

a| Амилаза a| 28-100 ед /л a| 79,3

|====

Серологические пробы на сифилис

Серологические пробы на сифилис отрицательные

Серологические реакции на ВИЧ и гепатиты В и С

Реакции на ВИЧ и гепатиты В и С отрицательные

Тест на наличие наркотических и психоактивных веществ в моче

Наркотических и психоактивных веществ не обнаружено

Анализ крови на гормоны щитовидной железы

[options="header", cols="25%,^25%,^25%"]

|====

a| *Наименование* a| *Нормы* a| *Результат*

a| ТТГ a| 0,3-4,0 мЕ/л a| 2,9

a| T4 общий а| 50-150 нмоль/л а| 82

a| T3 общий а| 1,0-3,0 нмоль/л а| 1,78

a| T3 свободный а| 3,0-7,0 пмоль/л а| 5,1

|====

Анализ крови на антитела класса IgG к *Borrelia burgdorferi*

Отрицательный

Психические расстройства, наблюдаемые у пациента, относятся к

- умственной отсталости
- психотическим расстройствам
- аффективным расстройствам
- расстройствам личности

Патогенез психических расстройств у больного связан преимущественно с

- эпилепсией
- транзиторной церебральной ишемией
- дегенеративным заболеванием нервной системы
- токсической энцефалопатией

В соответствии с МКБ-10 больному следует выставить диагноз

- эпилепсией
- транзиторной церебральной ишемией
- дегенеративным заболеванием нервной системы
- токсической энцефалопатией

Диагноз

F07.02 Расстройство личности и поведения в связи с эпилепсией

F06.362 Непсихотическое депрессивное расстройство в связи с эпилепсией

F06.72 Легкое когнитивное расстройство в связи с эпилепсией

F06.52 Органическое диссоциативное расстройство в связи с эпилепсией

Психические расстройства в данном случае обусловлены преимущественно поражением + _____ + отделов головного мозга

- диэнцефальных
- височных
- лобных
- затылочных

Правильнее всего начать лечение с

- стимуляции блуждающего нерва (VNS)
- когнитивной психотерапии
- психофармакотерапии
- транскраниальной магнитной стимуляции

Пациенту показано назначение в первую очередь

- нейролептиков
- транквилизаторов
- антидепрессантов
- противосудорожных препаратов

Для коррекции психических расстройств целесообразно назначение

- антидепрессантов
- корректоров поведения
- инцизивных нейролептиков
- транквилизаторов

При назначении антипсихотиков прежде всего следует опасаться

- возникновения экстрапирамидной симптоматики
- развития агранулоцитоза
- гипертонического криза
- аггравации эпилептических приступов

В случае развития у больного эпизода психомоторного возбуждения для его купирования следует применять

- бензодиазепины
- антипсихотики
- антидепрессанты
- антигистаминные препараты

Основным механизмом действия бензодиазепиновых транквилизаторов является + _____ + действие

- бензодиазепины
- антипсихотики
- антидепрессанты
- антигистаминные препараты

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 29 лет находится в психиатрическом стационаре в течение одной недели, только что у него произошел конфликт с соседом по палате, переросший в драку между пациентами. В результате инцидента сосед получилссадины и ушибы головы, туловища и конечностей.

Жалобы

Жалобы пациента: на момент осмотра жалоб не предъявляет. При поступлении в стационар жаловался на приступы с предчувствием, нарушением сознания, падением, генерализованными судорогами; сниженное настроение с тревогой, апатией, раздражительностью.

Анамнез заболевания

Страдает эпилепсией с 16 лет, на протяжении болезни применял различные противоэпилептические препараты с периодами терапевтической ремиссии до двух лет. В течение последнего года на фоне регулярного приема леветирацетама 2000 мг/сут и топирамата 200 мг/сут произошло постепенное учащение приступов с утратой сознания и судорогами до трех в месяц. В последние месяцы резко снизилось настроение, был тревожен, фиксирован на теме нездоровья, неудачах в жизни, появились антивитальные мысли. В связи с учащением пароксизмальных состояний, сниженным настроением с тревогой, антивитальными мыслями госпитализирован в психиатрический стационар. За время пребывания в отделении приступов не отмечалось.

Анамнез жизни

* Наследственность психическими заболеваниями, эпилепсиями не отягощена

* Образование среднее специальное

* Перенес несколько ЧМТ, за медицинской помощью не обращался

* Работал некоторое время на автозаправочной станции, уволен год назад после очередного приступа, находится на иждивении родственников

Объективный статус

Пациент возбужден, ходит по палате. Взгляд злобный, напряженный, зрительный контакт не поддерживает. Заявляет, что сосед его "спровоцировал" на конфликт. На вопросы отвечает после пауз, односложно, в беседу не вступает. Голос громкий, речь отрывочная. Обманов восприятия, бредовых идей не обнаруживает.

На момент осмотра состояние пациента определяется

- делириозным состоянием
- психомоторным возбуждением
- эпилептическим статусом
- астеническим состоянием

Инструментальным методом исследования, необходимым для постановки диагноза, является

- делириозным состоянием
- психомоторным возбуждением
- эпилептическим статусом
- астеническим состоянием

Результаты обследования

Электроэнцефалография

Умеренные диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга: дезорганизация основного ритма, усиление медленноволновой активности. Нерегулярно-региональное замедление в височных областях обоих полушарий. Эпилептиформная активность в фоне редуцирована, усиливается при пробе с гипервентиляцией: комплексы острая-медленная волна и острые потенциалы амплитудой до 90 мкВ по лобно-центральной и височной коре справа, теменно-височной слева амплитудой до 120 мкВ с диффузным распространением.

Эхоэнцефалография

Смещения м-эхо нет. Внутрочерепной гипертензии на момент исследования нет

Цветовое дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий

Гемодинамически значимых изменений не выявлено.

Электрокардиография

Синусовый ритм. Нормальная ЭКГ.

Дополнительным инструментальным методом исследования, необходимым для уточнения диагноза, является

- делириозным состоянием
- психомоторным возбуждением
- эпилептическим статусом
- астеническим состоянием

Результаты обследования

Магнитно-резонансная томография головного мозга

Очаговых изменений в веществе головного мозга не выявлено

Реоэнцефалография

Объемное пульсовое кровенаполнение в каротидном и вертебробазилярном бассейнах в пределах нормы. Венозный отток не затруднен.

Рентгенография черепа

Рентгенологическая картина черепа без патологических изменений.

Магнитно-резонансная томография шейного отдела позвоночника

Картина шейного отдела позвоночника соответствует норме.

Дополнительным инструментальным методом исследования, необходимым для определения дальнейшей тактики терапии и исключения побочных эффектов принимаемой терапии, является

- делириозным состоянием
- психомоторным возбуждением
- эпилептическим статусом
- астеническим состоянием

Результаты обследования

Ультразвуковое исследование почек

Ультразвуковых признаков патологических изменений почек не выявлено

Электронейромиография нервов рук и ног

При электронейромиографическом исследовании были исследованы следующие нервы:

1. N. ulnaris sin. (m. abductor digiti min.): амплитуда М-ответа 8,6 мВ – ниже нормы (N>3,5 мВ). Скорость распространения возбуждения (СРВ) на голени 52,0 м/с – норма (N>50м/с). Резидуальная латенция 2,4 мс – норма (N<2,5 мс).

2. N. peroneus dext. (m. extensor digitorum br.): амплитуда М-ответа 4,3 мВ – норма ($N > 3,5$ мВ). Скорость распространения возбуждения на голени 41,4 м/с – норма ($N > 40$ м/с). Резидуальная латенция 1,2 мс – норма ($N < 2,5$ мс).

3. N. tibialis dext. (m. extensor digitorum br.): амплитуда М-ответа 5,4 мВ – норма ($N > 3,5$ мВ). Скорость распространения возбуждения на голени 42,6 м/с – норма ($N > 40$ м/с). Резидуальная латенция 2,8 мс – норма ($N < 3,0$ мс).

4. N. suralis dext. (sens.): амплитуда S-ответа 7,8 мкВ – норма ($N > 6,0$ мкВ) мВ). СРВ на уровне голени 51 м/с – норма ($N > 50$ м/с).

Заключение: патологии не выявлено.

Электрокардиография

Синусовый ритм. Нормальная электрокардиограмма

Ультразвуковое исследование щитовидной железы

Ультразвуковых признаков патологических изменений не выявлено

Психическое расстройство, наблюдаемое у пациента, называется

- диссоциативным
- кататоническим
- тревожным
- дисфорическим

Состояние пациента соответствует + _____ + варианту дисфории

- меланхолическому
- тревожному
- мориоподобному
- эксплозивному

Относительно припадков психические расстройства, наблюдаемые у пациента, относятся к

- интериктальным
- иктальным
- постиктальным
- преиктальным

Патогенез психических расстройств у больного связан преимущественно с

- токсической энцефалопатией
- транзиторной церебральной ишемией

- дегенеративным заболеванием нервной системы
- эпилепсией

В соответствии с МКБ-10 больному следует выставить диагноз

- токсической энцефалопатией
- транзиторной церебральной ишемией
- дегенеративным заболеванием нервной системы
- эпилепсией

Диагноз

F06.362 Непсихотическое депрессивное расстройство в связи с эпилепсией

F06.322 Психотическое депрессивное расстройство в связи с эпилепсией

F06.72 Легкое когнитивное расстройство в связи с эпилепсией

F06.52 Органическое диссоциативное расстройство в связи с эпилепсией

Психические расстройства в данном случае обусловлены преимущественно поражением + _____ + отделов головного мозга

- височных
- лобных
- диэнцефальных
- затылочных

Купировать психомоторное возбуждение у больного эпилепсией следует

- трициклическими антидепрессантами
- антиконвульсантами - препаратами вальпроевой кислоты
- антипсихотиками фенотиазинового ряда
- бензодиазепинами

В дальнейшем пациент нуждается в назначении

- трициклическими антидепрессантами
- антиконвульсантами - препаратами вальпроевой кислоты
- антипсихотиками фенотиазинового ряда
- бензодиазепинами

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 54 лет находится в течение 3 недель в психиатрическом стационаре.

Жалобы

- * Нервозность

- * Раздражительность

- * Конфликтность

- * Вспыльчивость

Анамнез заболевания

- * Из анамнеза известно, что больна эпилепсией с 14 лет, когда дебютировали судорожные приступы, начинавшиеся с ощущения страха, иллюзорных расстройств, дальнейшей утратой сознания, генерализованными тонико-клоническими судорогами

- * На фоне приема карбамазепина, назначенного врачами, приступы возникали с частотой раз в 2-3 месяца

- * Пациентка допускала нерегулярность в лечении, к судорожным припадкам присоединились психомоторные приступы

- * С 32 лет появились и постепенно нарастали раздражительность, конфликтность, суетливость, нетерпеливость, периодически отмечались агрессивные тенденции

- * После нескольких госпитализаций и подборе терапии отмечает, что эпилептических приступов нет последние три года, но сохраняется нервозность, нетерпеливость, конфликтность

- * Последние три года проходит ежегодное стационарное лечение с целью снижения уровня раздражительности и вспыльчивости.

Анамнез жизни

- * В детстве от сверстников в психическом и физическом развитии не отставала

- * Образование среднее

- * Замужем с 20 лет, в браке с инвалидом по зрению, имеет двух детей, также

инвалидов по зрению

* Работает продавцом в продуктовом магазине

* Со слов мужа, в последние годы пациентка стала злопамятной, агрессивной, вспыльчивой, __на незначительную внешнюю причину может выдавать крайнюю степень раздражительности, замахиваться на детей, громко кричать с использованием нецензурной брани

* Близких друзей не имеет

* Травм головы не было, вредных привычек не имеет

Объективный статус

Психический статус: ориентирована всесторонне верно, контакту доступна. В беседе напряжена, дисфорична, на любые замечания дает протестные реакции, нетерпелива, раздражительна, импульсивна, суетлива. Ответы не всегда по существу, упряма. Требуется к себе особого отношения. Психопатизирована. Мышление обстоятельное, ситуационно-конкретное, суждения поверхностные. Память, интеллект снижены. Острой психотической симптоматики, суицидальных мыслей не выявлено.

Необходимыми для постановки диагноза методами обследования являются

- экспериментально-психологические
- клинично-лабораторные
- нейрофизиологические
- инструментальные

Изменения в характере у данной больной соответствуют + _____ + структуре личности

- параноидной
- эпилептоидной
- астенической
- неустойчивой

У пациентки можно предположить диагноз

- параноидной
- эпилептоидной
- астенической
- неустойчивой

Диагноз

F07.2 Расстройство личности в связи с эпилепсией

F60.3 Эмоционально неустойчивое расстройство личности

F60.2 Диссоциальное расстройство личности

F60.0 Параноидное расстройство личности

К основным качествам больных эпилепсией относятся

- тревожность, стеснительность, робость, педантичность
- вязкость, вспыльчивость, эгоцентричность, склонность, аккуратность
- оптимистичность, активность, нестойкость эмоций, общительность
- подозрительность, целеустремленность, самоуверенность, закрытость

Наиболее глубокие и типичные изменения личности свойственны больным + _____ + эпилепсией

- теменной
- затылочной
- височной
- лобной

Основными препаратами, показанными при диагнозе расстройства личности в связи с эпилепсией, являются

- противоэпилептические
- антидепрессивные
- антипсихотические
- церебропротективные

К противоэпилептическим препаратам, способным усилить замедленность психических процессов у больных с расстройством личности в связи с эпилепсией, относят

- ламотриджин
- топирамат
- карбамазепины
- производные барбитуровой кислоты

Расстройство настроения с напряженным злобно-тоскливым аффектом, характерное для лиц с эпилептоидным складом характера, называется

- циклотимия
- дисфория
- дистимия
- мания

При развитии у данной больной состояния, заключающегося в психомоторном возбуждении на фоне выраженной дисфории, к схеме терапии рекомендовано добавить

- гидроксизин
- гопантеповая кислота
- циталопрам
- аминазин

Расстройство личности органической этиологии следует дифференцировать с

- маниакальным эпизодом
- сосудистой деменцией
- невротическими состояниями
- специфическими расстройствами личности

Показатель заболеваемости на 100 000 населения органическими расстройствами непсихотического характера в России составляет

- 321,6
- 989,1
- 657,5
- 150,3

Прогноз при расстройстве личности в связи эпилепсии можно оценить как

- 321,6
- 989,1
- 657,5
- 150,3

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 48 лет находится в течение 2 недель в психиатрическом стационаре.

Жалобы

* приступы с нарушением сознания, тонико-клоническими судорогами, прикусом языка частотой до 2 раз в неделю;

* медлительность

* снижение памяти

Анамнез заболевания

* Болен эпилепсией с 12 лет, когда впервые _без видимых причин развился приступ с утратой сознания, судорогами.

* Приступы стали повторяться с нарастающей частотой, до 4 припадков в месяц, со склонностью к серийным.

* Наблюдался у невролога и психиатра по месту жительства, многократно проходил лечение в стационаре.

* Приверженным к противозепилептической терапии больной не был, самостоятельно менял схемы лечения и дозировки препаратов.

* Ухудшение памяти в течение 5 лет.

* В последние десять лет жизни появилась и стала прогрессировать двигательная и мыслительная заторможенность, пациент не успевает справляться с привычными делами, самостоятельно замечает, что стал менее сообразительным.

Анамнез жизни

* В детстве в развитии не отставал от сверстников

* Образование среднее специальное

* Работал поваром в столовой

* Женат с 23 лет, имеет одного ребенка, проживает в квартире супруги

* В связи с высокой частотой эпилептических приступов в возрасте 48 лет потерял работу, оформил инвалидность

* На данный момент ничем не занят, сузился круг интересов

* Жена характеризует пациента как замкнутого, эгоцентричного, своенравного человека

* Черепно-мозговых травм зафиксировано не было, однако во время припадков часто падал с высоты собственного роста, ударяясь головой. Вредных привычек не имеет

Объективный статус

Психический статус: ориентирован всесторонне правильно. Контакт доступен. Речь медленная, малоэмоциональная. Ответы на вопросы не всегда по существу, с продолжительными паузами. В беседе трудно переключается с темы разговора, излишне детализирует информацию. Мышление обстоятельное, вязкое, ситуационно-конкретное. Выраженная брадифрения. Память снижена. Интеллектуально невысок. Счет по Крепелину с ошибками. Настроение с оттенком благодушия. Острой психотической симптоматики нет, суицидальные мысли на момент осмотра не выявляет.

Необходимыми для постановки диагноза методами обследования являются

- клинико-лабораторные
- экспериментально-психологические
- нейрофизиологические
- инструментальные

Для оценки когнитивных функций у данного больного можно применить

- шкала Янга _(YMRS)_
- тест _mini-mental state examination (MMSE)_
- шкала Спилберга
- тест Люшера

У пациента можно предположить диагноз

- шкала Янга _(YMRS)_
- тест _mini-mental state examination (MMSE)_
- шкала Спилберга
- тест Люшера

Диагноз

F02.8 Деменции при эпилепсии

G30.0 Ранняя болезнь Альцгеймера

F60.2 Диссоциальное расстройство личности

G93.4 Энцефалопатия неуточненная

Состояние больного определяется прежде всего

- аффективными расстройствами
- расстройством личности
- мнестико-интеллектуальными расстройствами
- расстройством по типу эпилептического психоза

Решающим фактором, повлиявшим на развитие деменции у данного больного, является (-ются)

- травмы головного мозга
- высокая частота судорожных приступов с потерей сознания
- побочные эффекты противоэпилептической терапии
- профессиональные вредности

Учитывая развитие деменции, рекомендуемым противоэпилептическим препаратом является

- вальпроевая кислота
- карбамазепин
- фенобарбитал
- топирамат

Для коррекции когнитивных расстройств также используются

+ _____ + препараты

- антипсихотические
- антидепрессивные
- нормотимические
- нейрометаболические

Нейрометаболические препараты не оказывают + _____ + действия

- мнестропного
- психостимулирующего
- антипсихотического
- ноотропного

Препарат пирацетам согласно классификации относится к следующей группе нейрометаболических стимуляторов

- психостимуляторы
- собственно ноотропные препараты
- корректоры нарушений мозгового кровообращения
- общетонизирующие средства и адаптогены

Эпилептическое слабоумие проявляется прежде всего в

- потере интереса к новым знаниям, нежелании использовать ранее полученную информацию по причине волевого снижения
- стабильности мнестико-когнитивного снижения, его тотальности и врожденности
- выраженной тревожности, бытовой забывчивости, трудности в припоминании имен, дат, событий
- замедлении всех психических процессах, затруднении накопления нового опыта, возрастающей узости суждений

К критериям диагностики синдрома деменции по Международной классификации болезней 10-го пересмотра относится

- утрата ранее доступных навыков, снижение социального функционирования, течение заболевания минимум 1 год
- длительность заболевания более 3 месяцев, наличие нарушений памяти, гнозиса, праксиса, речи, хроническое или прогрессирующее течение
- стойкое снижение памяти, интеллекта, утрата бытовых навыков вплоть до полной беспомощности при отсутствии критики к ухудшению качества жизни
- длительность заболевания более 6 месяцев, наличие множественного дефицита высших корковых функций, ухудшение профессионального или социального функционирования

Профилактика развития деменции у больных эпилепсией заключается в

- утрата ранее доступных навыков, снижение социального функционирования, течение заболевания минимум 1 год
- длительность заболевания более 3 месяцев, наличие нарушений памяти, гнозиса, праксиса, речи, хроническое или прогрессирующее течение
- стойкое снижение памяти, интеллекта, утрата бытовых навыков вплоть до полной беспомощности при отсутствии критики к ухудшению качества жизни

- длительность заболевания более 6 месяцев, наличие множественного дефицита высших корковых функций, ухудшение профессионального или социального функционирования

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На амбулаторном приеме у врача-психиатра девушка 21 год, обратилась самостоятельно.

Жалобы

- * страх есть твердую пищу, невозможность ее проглотить, особенно в вечернее время;
- * приступы паники перед приемом пищи с ощущением нехватки воздуха, учащенным сердцебиением, потливостью, дрожью в руках, страхом умереть;
- * невозможность заснуть в течение 4 часов.

Анамнез заболевания

- * С 15 лет, когда подавилась таблеткой, стала испытывать умеренную тревогу при глотании твердой пищи, боялась, что пища «застрянет» и вызовет асфиксию.
- * Для снятия напряжения перед ужином глубоко дышала носом, считая до пяти.
- * При употреблении лекарств предпочитала формы в виде сиропов либо самостоятельно расталкивала таблетки.
- * Ухудшение состояния за 4 месяца до обращения за помощью на фоне стресса, связанного с психоэмоциональной нагрузкой на работе. усилился страх перед поеданием твердой пищи, боялась подавиться, употребляла только жидкую еду
- * Появились приступы повышенной тревожности перед ужином, сопровождавшиеся ощущением нехватки воздуха, учащенным сердцебиением, потливостью, дрожью в руках, страхом умереть.
- * За 4 месяца похудела на 5 кг.

Анамнез жизни

- * Мать страдает шизофренией, была лишена родительских прав, когда была рождена пациентка, на данный момент находится на лечении в ПНИ.

- * Родилась недоношенной (7 месяцев)
- * Воспитанием занималась бабушка по материнской линии воспитывала пациентку.
- * по характеру была плаксивой, застенчивой, ранимой.
- * Окончила 11 классов средней школы, училась средне, предпочитала гуманитарные науки.
- * В 14 лет с целью снижения веса намеренно ограничивала себя в еде, при этом объективно не имела проблем с лишним весом.
- * Образование среднее-специальное. Окончила колледж по специальности реклама.
- * Работала в бьюти-индустрии, уволилась из-за низкой зарплаты незадолго до обращения за помощью.
- * Не замужем. Детей нет.
- * Проживает с бабушкой в отдельной квартире, отношения хорошие.
- * ЧМТ, эпилепсия отрицает.
- * Аллергические реакции: антибиотики пенициллинового ряда - крапивница.
- * Вредные привычки: отрицает.
- * Менструации с 12 лет, нерегулярные, умеренно болезненные.

Объективный статус

- * В кабинет вошла тихо, спокойно.
- * Одето опрятно, следит за собой.
- * В беседе с врачом вступает охотно. На вопросы отвечает в плане заданного, легко формирует жалобы, обстоятельно рассказывает о своих переживаниях, при этом вытирает ладони, периодически возникает дрожь в голосе и покраснение кожи лица.

- * Настроение умеренно снижено.
- * Мышление последовательное, продуктивное.
- * Речь несколько ускорена по темпу
- * Интеллект соответствует полученному образованию
- * Тяготеет своим состоянием, считая себя «неполноценной»

Учитывая жалобы, анамнез, данные клинического исследования больному можно поставить диагноз

- утрата ранее доступных навыков, снижение социального функционирования, течение заболевания минимум 1 год
- длительность заболевания более 3 месяцев, наличие нарушений памяти, гнозиса, праксиса, речи, хроническое или прогрессирующее течение
- стойкое снижение памяти, интеллекта, утрата бытовых навыков вплоть до полной беспомощности при отсутствии критики к ухудшению качества жизни
- длительность заболевания более 6 месяцев, наличие множественного дефицита высших корковых функций, ухудшение профессионального или социального функционирования

Диагноз

Специфические (изолированные) фобии

Паническое расстройство

Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы

Ипохондрическое расстройство

На основании жалоб данной пациентки у нее имеется

- танатофобия
- пантофобия
- фагофобия
- депнофобия

При постановке диагноза следует учитывать высокий потенциал коморбидности данного расстройства с

- синдромом зависимости от ПАВ
- расстройством личности
- нарушениями пищевого поведения
- депрессией

В качестве скринингового метода тревожных расстройств используется шкала тревоги

- Шихана
- Спилбергера
- Гамильтона
- Бека

Длительность фармакотерапии данного расстройства составляет от

- 3 до 6 месяцев после наступления терапевтического эффекта
- 6 до 12 месяцев с начала приема препаратов
- 3 до 6 месяцев с начала приема препаратов
- 6 до 12 месяцев после наступления терапевтического эффекта

С целью снижения уровня тревоги, эмоционального напряжения и интенсивности фобических переживаний рекомендован курсовой прием антидепрессантов

- группы ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (венлафаксин, дулоксетин)
- различных групп (миртазапин) и малых антидепрессантов (тразодон, агомелатин)
- группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (сертралин, пароксетин, эсциталопрам, флувоксамин, флуоксетин)
- относящихся к трициклическим (амитриптилин, кломипрамин, мелипрамин)

С целью воздействия на когнитивную составляющую тревожных и фобических нарушений применяются

- малые нейролептики (алимемазин, сульпирид)
- малые дозы классических нейролептиков (пимозид, галоперидол)
- бензодиазепиновые транквилизаторы (клоназепам, альпразолам)
- небензодиазепиновые транквилизаторы (гидроксизин, буспирон)

Учитывая отставленный эффект антидепрессантов для быстрого воздействия на тревожную и фобическую симптоматику применяются препараты из группы

- малых нейрорептиков (алимемазин, сульпирид)
- бензодиазепиновых транквилизаторов (клоназепам, альпразолам)
- небензодиазепиновых транквилизаторов (гидроксизин, буспирон)
- классических нейрорептиков (пимозид, галоперидол) в малых дозах

Рекомендуемая доза тразодона при данном расстройстве составляет + ____ + мг

- 150-450
- 50-300
- 150-300
- 50-150

Рекомендуемые дозировки алимемазина при данном расстройстве составляют + ____ + мг

- 2,5-10
- до 200
- 10-20
- 20-40

Степень дезадаптации пациента с изолированными фобиями зависит от того, насколько

- много имеется коморбидных заболеваний
- высок балл оценки тревоги по Шкале Шихана
- легко больной может избежать фобической ситуации
- долго сохраняется расстройство

Специфические фобии

- много имеется коморбидных заболеваний
- высок балл оценки тревоги по Шкале Шихана
- легко больной может избежать фобической ситуации
- долго сохраняется расстройство

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На амбулаторном приеме у психиатра мужчина 27 лет в сопровождении жены.

Жалобы

Страх поездок в общественном транспорте, боязнь остаться без помощи, сопровождающиеся приступами тревоги, сопровождающиеся чувством слабости, учащением сердцебиения, потливостью стоп, ладоней, чувством сдавления в груди.

Анамнез заболевания

- * состояние изменилось 3 месяца назад;
- * на фоне психоэмоционального напряжения (подготовка к гастрольной деятельности) впервые испытал страх во время поездки в общественном транспорте, сопровождавшийся учащенным сердцебиением, чувством сдавления в груди, слабости, потливостью стоп и ладоней. Выйдя из автобуса на полпути доехал на работу на такси;
- * Данные приступы случались 1-2 раза в неделю;
- * Стал испытывать постоянный страх остаться без помощи, просил жену сопровождать его во время переездов;
- * Уволился с работы, так как не мог позволить постоянные траты на такси, опасался дальних поездок, так как «из самолета или поезда невозможно выйти быстро».

Анамнез жизни

- * Наследственность психопатологически не отягощена.
- * Беременность и роды матери протекали без патологии.
- * Родился старшим из двоих детей.
- * Раннее развитие соответствовало возрастным нормам.
- * Имел дефект межпредсердной перегородки.
- * Детские дошкольные учреждения не посещал, воспитанием занималась бабушка пациента, к которой пациент был привязан.

- * По характеру формировался спокойным, склонным к творчеству, в меру общительным, имел хороший музыкальный слух.
- * Обучение в школе начал своевременно. Адаптировался удовлетворительно, был тихим, замкнутым, держался в стороне от сверстников. Увлекался музыкой.
- * С 9 лет занимался в музыкальной школе по классу скрипки.
- * Имеет высшее музыкальное образование. Работал в оркестре, играл на альте.
- * Женат с 25 лет, отношения с женой доброжелательные. Детей не имеют.

Объективный статус

- * Выглядит младше своего возраста.
- * Сидит ссутулившись, смотрит в пол, выражает чувство «стыда» за свое состояние.
- * Настроение умеренно снижено.
- * Тревожен, напряжен, что отражается в дрожи в голосе, легком треморе пальцев рук
- * Речь в несколько замедленном темпе, о своем состоянии говорит с неохотой.
- * Высказывает опасения за свою жизнь, предполагая, что приступы тревоги могут привести к «смертельному исходу» если останется без помощи
- * Концентрация внимания несколько снижена.
- * Память без видимых нарушений.
- * Интеллект соответствует образованию и полученному жизненному опыту. Бредовых идей не высказывает.
- * Наличие обманов восприятия на момент осмотра отрицает, своим поведением их не обнаруживает.

Учитывая жалобы, анамнез, данные клинического исследования больному можно поставить диагноз

- много имеется коморбидных заболеваний

- высок балл оценки тревоги по Шкале Шихана
- легко больной может избежать фобической ситуации
- долго сохраняется расстройство

Диагноз

Агорафобия с паническим расстройством

Паническое расстройство

Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы

Ипохондрическое расстройство

Тревожное состояние в данном случае необходимо отдифференцировать от

- бронхо-легочной патологии
- сахарного диабета
- травматического повреждения органов грудной полости
- сердечной патологии

Наиболее часто агорафобия коморбидна с

- расстройством личности
- депрессией
- синдромом зависимости от ПАВ
- нарушениями пищевого поведения

Шкала тревоги + _____ + используется в качестве скринингового метода тревожных расстройств

- Гамильтона
- Шихана
- Бека
- Спилбергера

Длительность фармакотерапии данного расстройства составляет от

- 3 до 6 месяцев с начала приема препаратов
- 6 до 12 месяцев с начала приема препаратов
- 3 до 6 месяцев после наступления терапевтического эффекта
- 6 до 12 месяцев после наступления терапевтического эффекта

С целью снижения уровня тревоги, эмоционального напряжения и интенсивности фобических переживаний рекомендован курсовой прием антидепрессантов

- различных групп (миртазапин) и малых антидепрессантов (тразодон, агомелатин)
- относящихся к трициклическим (амитриптилин, кломипрамин, мелипрамин)
- группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (сертралин, пароксетин, эсциталопрам, флувоксамин, флуоксетин)
- группы ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (венлафаксин, дулоксетин)

С целью воздействия на когнитивную составляющую тревожных и фобических нарушений применяются

- бензодиазепиновые транквилизаторы (клоназепам, альпразолам)
- малые нейролептики (алимемазин, сульпирид)
- небензодиазепиновые транквилизаторы (гидроксизин, буспирон)
- малые дозы классических нейролептиков (пимозид, галоперидол)

Учитывая отставленный эффект антидепрессантов для быстрого воздействия на тревожную и фобическую симптоматику применяются препараты из группы

- небензодиазепиновых транквилизаторов (гидроксизин, буспирон)
- классических нейролептиков (пимозид, галоперидол) в малых дозах
- малых нейролептиков (алимемазин, сульпирид)
- бензодиазепиновых транквилизаторов (клоназепам, альпразолам)

Рекомендуемая доза тразодона при данном расстройстве составляет

- 50-150 мг
- 150-450 мг
- 50-300 мг
- 150-300 мг

Рекомендуемые дозировки алимемазина при данном расстройстве + _____ + мг

- 10-20
- до 200
- 2,5-10
- 20-40

Тревожно-фобические расстройства встречаются с частотой + _____ + %

- 2-5
- 1
- менее 2
- 5-12

Тревожно-фобические расстройства

- 2-5
- 1
- менее 2
- 5-12

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина, 45 лет, находится в психиатрическом стационаре.

Жалобы

Нет.

Анамнез заболевания

Впервые обратился к психиатрам в возрасте 25 лет в сопровождении родителей. В течение двух недель до обращения пациент был возбужден, пел, декламировал стихи, речь была непоследовательной. Возбуждение периодически сменялось состояниями субступора. В дальнейшем неоднократно с подобными состояниями госпитализировался в психиатрический стационар

Анамнез жизни

Родился вторым ребенком в семье из двух. Наследственность психическими расстройствами не отягощена. В детстве рос и развивался без особенностей. В школу пошел своевременно, образование 10 классов общеобразовательной школы. После школы 2 года служил в армии. После армии окончил курсы на электромонтера, работал по специальности. В настоящее время не работает, является инвалидом 2 группы.

Объективный статус

Сознание сохранено. В речевой контакт не вступает, жалоб выявить не удастся. Инструкции не выполняет, но манипуляциям со стороны медицинского персонала не сопротивляется. В течение дня постоянно находится в однообразной позе, при этом конечностям и телу больного можно придать любое положение. В постели наблюдается симптом «воздушной подушки», при

котором приподнятая над подушкой голова сохраняет приданое положение неопределенно долгое время. В вечернее время суток становится более активным. Соматически: без патологии. Неврологически: без патологии.

В данном случае диагноз ставится на основании

- 2-5
- 1
- менее 2
- 5-12

Результаты обследования

Клинические данные

Выявлен ведущий психопатологический синдром

Исследования спинномозговой жидкости

Цвет прозрачный, относительная плотность 1,006, глюкоза 3,0 ммоль/л, белок 0,25 г/л, цитоз 2 клетки (эритроциты)

Электроэнцефалография

Наличие высокоамплитудных острых волн

Реоэнцефалография

Увеличение амплитуды и заострение систолической волны

Для исключения органического заболевания головного мозга необходимо выполнить исследование методом

- 2-5
- 1
- менее 2
- 5-12

Результаты обследования

Магнитно-резонансная томография

Без патологии

Позитронно-эмиссионная томография

Снижение функциональной активности лобных долей

Эхоэнцефалография

Положение сигнала «М-эхо» совпадает со «средней линией головы»

Регистрация уровня постоянного потенциала головного мозга

Снижение уровня постоянного потенциала головного мозга

Основным психопатологическим синдромом в данном клиническом случае является

- депрессивный
- парафренный
- кататонический (ступор с восковой гибкостью)
- энцефалопатический

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- депрессивный
- парафренный
- кататонический (ступор с восковой гибкостью)
- энцефалопатический

Диагноз

Шизофрения, кататоническая форма, непрерывный тип течения, отсутствие ремиссии

Шизофрения, гебефреническая форма, непрерывный тип течения, отсутствие ремиссии

Шизофрения, простая форма, непрерывное течение, отсутствие ремиссии

Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод депрессии

Основным методом лечения пациента является

- электросудорожная терапия
- психофармакотерапия
- инсулинокоматозная терапия
- психотерапия

Первой линией лекарственных препаратов, применяемых у данного пациента, являются

- ноотропы
- антидепрессанты
- антипсихотические средства
- нормотимики

Второй линией лечения пациента в данном клиническом случае являются

- бензодиазепины
- трициклические антидепрессанты
- ингибиторы обратного захвата серотонина
- ноотропы

Из нелекарственных методов биологической терапии у данного пациента эффективно применение

- электросудорожной терапии
- плазмофереза
- лазерного облучения крови
- транскраниальной магнитной стимуляции

При замене одного антипсихотика на другой необходимо пользоваться

- примерными эквивалентами доз для приема внутрь
- рецепторной активностью препарата
- специфичностью рецепторного связывания
- силой аффинитета

Назначение лекарственного препарата для купирования повторных эпизодов у данного пациента проводится с учетом

- предшествующего лечения
- социальной адаптации
- предпочтений
- социальной опасности

Для профилактики рецидивов наиболее эффективными являются

- антидепрессанты
- нормотимики
- антипсихотики
- ноотропы

Основным показанием для проведения противорецидивной электросудорожной терапии являются состояния

- антидепрессанты
- нормотимики
- антипсихотики
- ноотропы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина, 35 лет, обратилась к врачу-психиатру.

Жалобы

Снижение настроения, нарушения сна.

Анамнез заболевания

Ранее к психиатрам не обращалась. Ухудшение психического состояния в течение 2 недель: постепенно отмечалось снижение настроения, утрата чувства удовольствия, потеря аппетита, нарушения сна с ранними пробуждениями. Более выраженное снижение настроения отмечалось в ранние утренние часы. Данное состояние возникло впервые в жизни.

Анамнез жизни

Наследственность психическими заболеваниями неотягощена. Образование высшее. Работает продавцом в магазине. Замужем с 23 лет, брак единственный, от брака имеет дочь. Из перенесенных заболеваний: простудные заболевания в детском возрасте, в 19 лет перенесла пневмонию, Не курит, алкоголем не злоупотребляла.

Объективный статус

Психическое состояние: сознание не помрачено, ориентирована правильно. Контакт доступен, голос тихий, ответы односложные, после паузы. Мышление замедлено по темпу. Предъявляет жалобы на снижение настроения, тоску, нарушения сна. Настроение снижено. Причину снижения настроения не знает, психогенные факторы отрицает. На лице печальная мимика. Бред, обманов восприятия нет. Суицидальные мысли отрицает. Жалоб на соматическое состояние нет. В поведении спокойна, медлительна, упорядочена. Критично оценивает свое состояние.

Неврологический статус: признаков очагового поражения ЦНС, патологических неврологических признаков нет.

Соматический статус: гипертоническая болезнь 1 стадии, риск 1. Хронический гастрит вне обострения.

В данном случае диагноз ставится на основании

- антидепрессанты
- нормотимики
- антипсихотики

- ноотропы

Результаты обследования

Клинические данные

Выявлен ведущий психопатологический синдром

Исследования спинномозговой жидкости

Цвет прозрачный, относительная плотность 1,006, глюкоза 3,0 ммоль/л, белок 0,25 г/л, цитоз 2 клетки (эритроциты)

Электроэнцефалография

Наличие высокоамплитудных острых волн

Реоэнцефалография

Увеличение амплитуды и заострение систолической волны

Данный психопатологический синдром является

- депрессивным
- ипохондрическим
- кататоническим
- обсессивно-фобическим

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- депрессивным
- ипохондрическим
- кататоническим
- обсессивно-фобическим

Диагноз

Депрессивный эпизод легкой степени без соматических симптомов

Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий депрессивный эпизод легкой степени

Циклотимия

Дистимия

В данном клиническом случае депрессия является

- меланхолической
- адинамической
- анестетической
- апатической

Лечение данной пациентки должно осуществляться

- в ночном стационаре
- в круглосуточном стационаре
- в дневном стационаре
- амбулаторно

Препаратами первого выбора в данном клиническом случае являются

- транквилизаторы
- антидепрессанты
- нормотимики
- антипсихотики

В данном клиническом случае наиболее предпочтительным является применение

- трициклических антидепрессантов
- ингибиторов обратного захвата норадреналина
- селективных ингибиторов обратного захвата серотонина
- ингибиторов моноаминоксидазы

После купирующей терапии обязательным этапом терапии является

- физиотерапия
- психотерапия
- профилактическая терапия
- продолженная терапия

Для максимальной эффективности продолженной терапии необходимо

- использование эффективного антидепрессанта в купирующий период с сохранением прежней дозы
- использование нового антидепрессанта
- использование эффективного антидепрессанта в купирующий период с увеличением дозы
- использование эффективного антидепрессанта в купирующий период с уменьшением дозы

К побочным действиям селективных ингибиторов обратного захвата серотонина относятся + _____ + расстройства

- нейрокогнитивные
- желудочно-кишечные (тошнота, рвота, диарея)
- гормональные
- экстрапирамидные

Отсутствие каких-либо признаков аффективного расстройства на протяжении шести месяцев является

- полной ремиссией
- неустойчивой ремиссией
- выздоровлением
- неполной ремиссией

Возобновление симптоматики до уровня значительной степени выраженности в период ремиссии (до выздоровления) является

- полной ремиссией
- неустойчивой ремиссией
- выздоровлением
- неполной ремиссией

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина, 32 года, обратился к психиатру.

Жалобы

Страх заражения инфекционными заболеваниями в связи с чем, появилось навязчивое желание постоянно мыть руки.

Анамнез заболевания

В течение года отмечает появление страха заражения инфекционными заболеваниями, в связи с чем, появилось постоянное желание мыть руки. Ранее к психиатрам не обращался.

Анамнез жизни

Наследственность психическими расстройствами неотягощена. Второй ребенок в семье из двух. Образование среднее, работает бухгалтером на предприятии. В браке в течение 21 года, от брака имеет двух детей. Отношения в семье благополучные.

Объективный статус

Сознание не помрачено, ориентирован в полном объеме. Контакт доступен, общается свободно. Жалуется на постоянное стремление мыть руки, это состояние появилось в связи со страхом заражения инфекционными заболеваниями. Со слов пациента, моет руки по 15-20 раз в день, после каждого контакта с предметами. Иногда это занимает несколько часов в день. Понимает, что реальной опасности заражения нет, однако избавиться от желания мыть руки не может, так как это сопровождается эмоциональным напряжением и тревогой. Мытье рук не приносит удовольствия, но уменьшает напряжение и тревогу. Объективных признаков обманов восприятия нет. Настроение нерезко снижено. Память и интеллект соответствуют полученному образованию и возрасту. В поведении спокоен, упорядочен. Критично относится к своему состоянию, понимает бессмысленность своих действий. Соматически: здоров. Неврологически: без патологии.

В данном случае диагноз ставится на основании

- полной ремиссией
- неустойчивой ремиссией
- выздоровлением
- неполной ремиссией

Результаты обследования

Клинические данные

Установлен ведущий психопатологический синдром

Исследования спинномозговой жидкости

Цвет прозрачный, относительная плотность 1,006, глюкоза 3,0 ммоль/л, белок 0,25 г/л, цитоз 2 клетки (эритроциты)

Электроэнцефалография

Наличие высокоамплитудных острых волн

Реоэнцефалография

Увеличение амплитуды и заострение систолической волны

Установленный психопатологический синдром является

- паранойяльным
- ипохондрическим
- астеническим
- обсессивным

В данном клиническом случае в клинической картине обсессивного синдрома преобладают навязчивые

- сомнения
- влечения
- представления
- действия

Наиболее вероятный диагноз в данной клинической ситуации - это

- сомнения
- влечения
- представления
- действия

Диагноз

Преимущественно компульсивные действия

Смешанные навязчивые мысли и действия

Специфические (изолированные) фобии

Смешанное тревожное и депрессивное расстройство

Основными препаратами для лечения в данном случае являются

- селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
- классические нейрорептики
- атипичные антипсихотики
- ингибиторы моноаминоксидазы
- ноотропы
- трициклические антидепрессанты (кломипрамин)

С целью купирования выраженной тревоги возможно назначение

- анксиолитиков (бензодиазепиновых транквилизаторов)
- трициклических антидепрессантов
- атипичных антипсихотиков
- селективных ингибиторов обратного захвата серотонина

Терапевтический эффект наступает через

- один месяц
- один год
- 12-26 недель
- одну неделю

При резистентной симптоматике возможно назначение

- ноотропов
- ингибиторов моноаминоксидазы
- нормотимиков
- инцизивных нейролептиков

В данном клиническом случае из методов психотерапии применяют

- суггестивную
- краткосрочную психодинамическую
- гештальт-терапию
- когнитивно-бихевиоральную

Течение данного заболевания чаще всего

- эпизодическое однократное
- непрерывное безремиссионное
- хроническое
- эпизодическое рецидивирующее

Данное заболевание обычно начинается в + _____ + возрасте

- детском или юношеском
- старческом
- пожилom
- зрелом

В большинстве случаев дебюту заболевания предшествуют

- детском или юношеском
- старческом
- пожилom
- зрелом

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина, 35 лет, находится в психиатрическом стационаре.

Жалобы

Нет.

Анамнез заболевания

Впервые обратилась к психиатрам в возрасте 26 лет в сопровождении родителей. В течение двух недель до обращения пациентка была возбуждена, пела, декламировала стихи, речь была непоследовательной. Возбуждение периодически сменялось состояниями субступора. В дальнейшем неоднократно с подобными состояниями госпитализировалась в психиатрический стационар

Анамнез жизни

Родилась вторым ребенком в семье из двух. Наследственность психическими расстройствами не отягощена. В детстве росла и развивалась без особенностей. В школу пошла своевременно, образование 10 классов общеобразовательной школы. После школы работала документоведом в школе. В настоящее время не работает, является инвалидом 2 группы.

Объективный статус

Сознание сохранено. В речевой контакт не вступает, жалоб выявить не удается. Инструкции не выполняет, но манипуляциям со стороны медицинского персонала не сопротивляется. В течение дня постоянно находится в однообразной позе, при этом конечностям и телу больной можно придать любое положение. В постели наблюдается симптом «воздушной подушки», при котором приподнятая над подушкой голова сохраняет приданное положение неопределенно долгое время. В вечернее время суток становится более активной, самостоятельно передвигается по палате, вступает в речевой контакт с медицинским персоналом, отвечает на вопросы. Соматически: здорова. Неврологически: без патологии.

В данном случае диагноз ставится на основании

- детском или юношеском
- старческом
- пожилом
- зрелом

Результаты обследования

Клинические данные

Выявлен ведущий психопатологический синдром

Исследование спинномозговой жидкости

Цвет прозрачный, относительная плотность 1,006, глюкоза 3,0 ммоль/л, белок 0,25 г/л, цитоз 2 клетки (эритроциты)

Электроэнцефалография

Наличие высокоамплитудных острых волн

Реоэнцефалография

Увеличение амплитуды и заострение систолической волны

Для исключения органического заболевания головного мозга необходимо выполнение

- детском или юношеском
- старческом
- пожилом
- зрелом

Результаты обследования

Магнитно-резонансная томография

Без патологии

Позитронно-эмиссионная томография

Снижение функциональной активности лобных долей

Эхоэнцефалография

Положение сигнала «М-эхо» совпадает со «средней линией головы»

Регистрация уровня постоянного потенциала головного мозга

Снижение уровня постоянного потенциала головного мозга

Основным психопатологическим синдромом в данном клиническом случае является + _____ + синдром

- депрессивный
- парафренный
- энцефалопатический
- кататонический

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- депрессивный
- парафренный
- энцефалопатический
- кататонический

Диагноз

Шизофрения, кататоническая форма, непрерывный тип течения, отсутствие ремиссии

Шизофрения, гебефреническая форма, непрерывный тип течения, отсутствие ремиссии

Шизофрения, простая форма, непрерывное течение, отсутствие ремиссии

Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод депрессии

Основным методом лечения пациентки является

- психотерапия
- электросудорожная терапия
- психофармакотерапия
- инсулинокоматозная терапия

Первой линией лекарственных препаратов, применяемых у данной пациентки, являются

- антипсихотические средства
- нормотимики
- ноотропы
- антидепрессанты

Второй линией лечения пациентки в данном клиническом случае являются

- бензодиазепины
- трициклические антидепрессанты
- ноотропы
- ингибиторы обратного захвата серотонина

Из нелекарственных методов биологической терапии у данной пациентки эффективно применение

- электросудорожной терапии
- транскраниальной магнитной стимуляции
- лазерного облучения крови
- плазмафереза

При замене одного антипсихотика на другой необходимо пользоваться

- специфичностью рецепторного связывания

- примерными эквивалентами доз для приема внутрь
- силой аффинитета
- рецепторной активностью препарата

Назначение лекарственного препарата при купировании повторных эпизодов у данной пациентки проводится с учетом

- социальной опасности
- социальной адаптации
- предшествующего лечения
- предпочтений пациентки

Для профилактики рецидивов наиболее эффективными являются

- антидепрессанты
- нормотимики
- ноотропы
- антипсихотики

Основным показанием для проведения противорецидивной электросудорожной терапии являются состояния

- антидепрессанты
- нормотимики
- ноотропы
- антипсихотики

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приеме мужчина 32 лет.

Жалобы

* Чрезмерную тревогу беспокойство (неприятные ожидания) по поводу ряда событий или действий, связанных со здоровьем, безопасностью и благополучием своей семьи и своей собственной

* проявляются беспокойством, быстрой утомляемостью, слабостью, трудностью концентрации внимания, раздражительностью, мышечным напряжением, нарушениями сна (трудно заснуть, частые пробуждения, беспокойный сон с тревожными сновидениями и невозможность выспаться)

* отсутствие контроля над беспокойством.

- * на учащенное сердцебиение
- * частые позывы на дефекацию,
- * диарею,
- * чувство нехватки воздуха,
- * приливы жара,
- * дискомфорт в области живота, урчание.

Анамнез заболевания

- * считает себя нездоровым в течение 6 лет, когда впервые появилась тревога, напряжение при ожидании событий, связанных с работой, учебой, переживания за свою безопасность во время поездок в общественном транспорте
- * в течение 2 лет симптомы нарастали, присоединились частые позывы на дефекацию, диарея, приливы жара.
- * Пропускал занятия в вузе, «заставлял» себя выходить из дома, реже виделся с друзьями
- * 4 года назад обратился за психиатрической помощью, получал психофармакотерапию, была отмечена положительная динамика и стабилизация состояния
- * Настоящее ухудшение более полугода, когда снова аутохтонно возникла и выросла вышеописанная симптоматика
- * Отмечаемые нарушения не являются прямым следствием физиологического эффекта какого-либо вещества (например, наркотика, лекарства) или какого-либо общего состояния здоровья (например, повышенной функции щитовидной железы) и наблюдаются не только во время аффективного расстройства, психотического расстройства или общего расстройства психологического развития.
- * Суточные колебания настроения отсутствуют, сезонной зависимости состояние не имеет.

Анамнез жизни

- * Наследственность психопатологически не отягощена.
- * Вредные привычки отрицает (не курит, не употребляет алкоголь и наркотики).
- * В течение последних 12 месяцев никаких соматических заболеваний не отмечалось.
- * Аллергические реакции на лекарственные препараты отрицает.
- * Инфекционные заболевания – инфекционный мононуклеоз перенесенный в пятнадцатилетнем возрасте, точной даты больной не помнит.
- * Переливания крови отрицает.
- * С момента рождения у больного обнаружили катаракту, в пятнадцать лет он перенес хирургическое вмешательство по протезированию хрусталиков обоих глаз.
- * Проживает с родителями, жилищные условия удовлетворительные.
- * Работает, заканчивает ВУЗ.

Объективный статус

- * Внешне опрятен, следит за собой
- * В кабинет вошел уверенно
- * Голос модулированный, звонкий
- * Беспокоен, в беседе часто меняет позы, смыкает руки в замок
- * Речь несколько ускорена по темпу, сбивчивая, обстоятельно рассказывает о своих переживаниях, просит о помощи
- * Временами отмечается дрожь в голосе, покраснение кожи лица
- * Мышление по логическим связям, склонен к фиксации на субъективно значимых моментах
- * Острой психотической симптоматики не выявлено. Бредовых идей не

высказывает

* Суицидальных тенденций и агрессивности в поведении не выявлено. Попыток суицида не было.

* Критика достаточная

Учитывая жалобы, анамнез, данные клинического и исследования больному можно поставить диагноз

- антидепрессанты
- нормотимики
- ноотропы
- антипсихотики

Диагноз

Генерализованное тревожное расстройство

Ипохондрическое расстройство

Паническое расстройство

Агорафобия

В дифференциальной диагностике с агорафобией следует учитывать

- наличие вегетативных нарушений (приливы жара)
- что тревога носит стойкий характер, не ограничивается какими-либо обстоятельствами
- гипотимный аффект
- отсутствие контроля над чувством беспокойства

Диагноз генерализованного тревожного расстройства устанавливается в случае наличия у пациента тревоги и беспокойства в течение

- шести месяцев
- двух недель
- двух месяцев
- шести недель

К вегетативному кластеру проявлений генерализованной тревоги относится

- дрожь
- головокружение
- головная боль напряжения
- быстрая утомляемость

Длительность фармакотерапии данного расстройства составляет

- не менее 6 месяцев после наступления терапевтического эффекта
- от 3 до 6 месяцев после наступления терапевтического эффекта
- от 3 до 6 месяцев с начала приема препаратов
- не менее 6 месяцев с начала приема препаратов

К препаратам первой линии в лечении генерализованного тревожного расстройства относятся

- анксиолитики бензодиазепинового и небензодиазепинового ряда
- антидепрессанты различных групп и малые антидепрессанты (тразодон, агомелатин)
- антидепрессанты группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина
- малые нейролептики и низкие дозы классических нейролептиков

К антиконвульсантам, обладающим анксиолитическим эффектом, относится

- карбамазепин
- вальпроевая кислота
- ламотриджин
- прегабалин

Бензодиазепиновые анксиолитики необходимо назначить

- на протяжении 1 недели
- пожизненно
- на 2-3 недели
- на 6 месяцев после наступления терапевтического эффекта

Рекомендуемая доза сертралина при данном расстройстве составляет + _____ + мг

- 50-200
- 50-150
- 100-200
- 50-300

Рекомендуемые дозировки кветиапина составляют + _____ + мг

- 300-1200
- 300-600
- 50-300
- 25-150

В среднем, в популяции данным расстройством страдают около +___+ %

- 5
- 13
- 1
- 2

Фактором, свидетельствующем о неблагоприятном прогнозе, является

- 5
- 13
- 1
- 2

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 44 лет на амбулаторном приеме у психиатра, без сопровождения.

Жалобы

* Чрезмерная тревога и беспокойство (тревожные опасения) по поводу здоровья, будущего и благополучия ее семьи и ее собственных,

* быстрая утомляемость, трудности концентрации внимания, раздражительность, мышечное напряжение, нарушения сна (трудно заснуть, частые пробуждения, или беспокойный сон и невозможность выспаться).

* учащенное сердцебиение и частые позывы на мочеиспускание, головокружение, чувство нехватки воздуха, «ощущение кома в горле, приливами жара, дискомфорт в области живота».

Анамнез заболевания

* Первые проявления тревожного расстройства проявлялись, начиная с 2011 года, сначала в рамках смешанного тревожного и депрессивного расстройства (F41.2 по МКБ-10), диагностированного при первичном обращении больной в ПКБ №12, больная принимала алпразолам с частичным эффектом, rispoleпт с отчетливым эффектом, несколько лет не ощущала себя чрезмерно тревожной.

- * Текущее ухудшение отмечается в течение последних 8 месяцев.
- * Тревога и беспокойство вызвали клинически значимый дистресс и приводили к снижению способности вести социальную жизнь, работать, сопровождались учащенным сердцебиением и частыми позывами на мочеиспускание, головокружением, чувством нехватки воздуха, «ощущением кома в горле, приливами жара», дискомфортом в области живота.
- * Появление симптоматики не являлись прямым следствием физиологического эффекта какого-либо вещества (например, наркотика, лекарства) или какого-либо общего состояния здоровья (например, повышенной функции щитовидной железы).
- * Больная «пыталась справиться сама», принимала настойки валерианы, пустырника с кратковременным парциальным эффектом.

Попыток суицида не было.

Анамнез жизни

- * Наследственность психопатологически не отягощена
- * Инфекционные заболевания – гепатит А перенесенный в детском возрасте, точной даты больная не помнит.
- * Перенесла несколько лет назад резекцию кисты яичника, в 1999 году – язву желудка (на текущий момент – ремиссия).
- * Проживает с гражданским мужем, жилищные условия удовлетворительные.
- * Работает мастером маникюра
- * В течение последних 12 месяцев никаких соматических заболеваний не отмечалось.
- * Вредные привычки отрицает (не курит, не употребляет алкоголь и наркотики).
- * Аллергические реакции на лекарственные препараты отрицает
- * Переливания крови отрицает.

Объективный статус

- * Пациентка выглядит напряженной, поза скованная

* Часто вздыхает, говорит, что понимает, что большая часть ее опасений беспочвенны, однако не может контролировать беспокойство.

* Тревога появляется утром, со слов больной, она просыпается с ощущением «надвигающейся беды и начинает думать, «что не так?»»

* Чувство тревоги, тревожные опасения присутствуют в течение всего дня

* Мышление последовательное, при этом больная рассеянна, несколько снижена память на текущие события

* Суицидальные мысли отрицает, психопродуктивная симптоматика не выявлена

Проведено тестирование по шкале оценки тревоги Гамильтона НАМА (23 баллов)

Выявленный при помощи шкалы Гамильтона уровень тревоги (23 балла)

- соответствует клинически очерченному паническому состоянию
- говорит о наличии легкой тревожности
- не достигает клинически очерченного тревожного расстройства
- соответствует клинически очерченному тревожному состоянию

При диагностике данного расстройства необходимо дифференцировать его с

- опухолью поджелудочной железы
- феохромоцитомой
- опухолью мозга
- опухолью печени

Учитывая данные клинко-психопатологического обследования, больному можно поставить диагноз + _____ + расстройство

- опухолью поджелудочной железы
- феохромоцитомой
- опухолью мозга
- опухолью печени

Диагноз

Генерализованное тревожное

Паническое расстройство

Диссоциативное (конверсионное) расстройство

Соматоформное расстройство

В отличие от панического расстройства, при генерализованной тревоге

- тревога наблюдается в течение длительного времени на постоянной основе
- чаще развивается избегающее поведение
- интенсивная тревога возникает эпизодически 2-3 раза в неделю
- характерно наличие тревоги ожидания между приступами интенсивной тревоги

Препаратами первого выбора при генерализованном тревожном расстройстве являются

- селективные ингибиторы моноаминоксидазы, неселективные ингибиторы моноаминоксидазы
- селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина
- бензодиазепиновые и небензодиазепиновые анксиолитики
- трициклические антидепрессанты, тетрациклические антидепрессанты

Препараты бензодиазепинового ряда нежелательны при лечении генерализованного тревожного расстройства, в связи с

- риском развития зависимости
- отсроченным наступлением терапевтического эффекта
- недостаточной эффективностью терапии
- высокой гепатотоксичностью

Рекомендуемая длительность терапии генерализованного тревожного расстройства составляет не менее

- 6 месяцев после наступления терапевтического эффекта от применяемой терапии
- 3 месяцев после наступления терапевтического эффекта от применяемой терапии
- 6 месяцев от начала терапии
- 3 месяцев от начала терапии

В данном клиническом случае целесообразно будет рекомендовать пациентке прием

- фенелзина
- кломипрамина
- эсциталопрама
- буспирона

Терапевтическая доза эсциталопрама при лечении генерализованного тревожного расстройства составляет + _____ + мг

- 10-30
- 5-10
- 10-20
- 20-30

Для оптимизации терапии данной пациентки, учитывая ее прошлый опыт лечения, следует назначить

- галоперидол
- перициазин
- алимемазин
- кветиапин

При генерализованном тревожном расстройстве тревога обычно направлена

- «вперед», на предстоящие события
- «назад», на уже свершившиеся события
- на определенные виды деятельности
- на конкретные специфические события, ситуации

Автором опросника, исследующего отдельно личностную и ситуативную тревогу, является

- «вперед», на предстоящие события
- «назад», на уже свершившиеся события
- на определенные виды деятельности
- на конкретные специфические события, ситуации

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На амбулаторном приеме у психиатра женщина 34 лет.

Жалобы

* На чрезмерную тревогу и беспокойство (неприятные ожидания) по поводу ряда событий или действий, связанных со здоровьем, будущим и благополучием ее семьи и ее собственными

* беспокойство,

* быстрая утомляемость,

* трудностью концентрации внимания,

* раздражительность,

* невозможность контролировать беспокойство, тревогу по поводу здоровья своего отца, взаимоотношений с людьми, своего будущего,

* отмечает нарушения сна (не может заснуть до 4-6 часов утра),

* снижение аппетита,

* говорит, что пища стала безвкусной.

* слабость,

* дискомфорт в области груди,

* снижение либидо.

Анамнез заболевания

* Считает себя больной в течение года, когда тревогу и напряжение стала чувствовать большую часть времени и это стало мешать общаться и работать

* через 3 месяца после начала заболевания резко нарушился сон – больная не могла заснуть по несколько часов.

* Отмечаемые нарушения не являются прямым следствием физиологического эффекта какого-либо вещества (например, наркотика, лекарства) или какого-либо общего состояния здоровья (например, повышенной функции щитовидной железы) и наблюдаются не только во время аффективного расстройства, психотического расстройства или общего расстройства психологического развития.

* Обращалась за помощью к специалисту полгода назад, была назначена терапия антидепрессантом из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, однако через 3 месяца препарат утратил эффективность

* Суточные колебания настроения отсутствуют, сезонной зависимости состояние не имеет.

Анамнез жизни

* Наследственность психопатологически не отягощена.

* Ранее госпитализаций по поводу генерализованного тревожного расстройства не было.

* Ранее в клинических исследованиях агомелатина не участвовала, как и его родственники.

* В других клинических исследованиях не участвовала.

* Суицидальных тенденций и агрессивности в поведении не выявлено. Попыток суицида не было.

* Вредные привычки отрицает (не курит, не употребляет алкоголь и наркотики).

* В течение последних 12 месяцев никаких соматических заболеваний не отмечалось.

* Аллергические реакции на лекарственные препараты отрицает.

* Инфекционные заболевания –отрицает. Переливания крови отрицает.

* Хронических соматических заболеваний, в том числе, и заболеваний щитовидной железы, не выявлено.

* Проживает с матерью, жилищные условия удовлетворительные.

Объективный статус

* Настроение несколько снижено. Мышление несколько замедленно по темпу.

* Чувствует себя растерянной, не способной принять какое-то решение.

* Тревога и напряжение чувствует большую часть времени.

* Это мешает ей сосредоточиться, общаться, работать.

Учитывая жалобы, анамнез, данные клинического и исследования больной можно поставить диагноз

- «вперед», на предстоящие события
- «назад», на уже свершившиеся события
- на определенные виды деятельности
- на конкретные специфические события, ситуации

Диагноз

Генерализованное тревожное расстройство

Депрессивный эпизод

Соматизированное расстройство вегетативной нервной системы

Агорафобия

В дифференциальной диагностике с депрессией следует учитывать

- наличие инсомнии
- наличие когнитивных нарушений (снижение концентрации внимания)
- что тревожная симптоматика возникла раньше
- отсутствие контроля над чувством беспокойства

При генерализованном тревожном расстройстве тревога обычно направлена

- на конкретные специфические события, ситуации
- «назад», на уже свершившиеся события
- «вперед», на предстоящие события
- на определенные виды деятельности

Для генерализованного тревожного расстройства характерно чувство

- возбужденности
- паники
- беспокойства
- страха

Длительность фармакотерапии данного расстройства составляет

- от 3 до 6 месяцев после наступления терапевтического эффекта
- не менее 6 месяцев с начала приема препаратов
- от 3 до 6 месяцев с начала приема препаратов
- не менее 6 месяцев после наступления терапевтического эффекта

Препаратом из группы трициклических антидепрессантов, для лечения данного расстройства, является

- amitriptilin
- clomipramin
- pipohezyn
- imipramin

Из нейролептиков к препаратам выбора при данном расстройстве относится

- kvetiapin
- tioridazin
- alimemazin
- rispersion

Осторожность в назначении бензодиазепиновых анксиолитиков обусловлена риском

- формирования зависимости
- сердечно-сосудистых осложнений
- хронизации заболевания
- обострения симптоматики во время приема

Рекомендуемая доза венлафаксина при данном расстройстве составляет + _____ + мг/сут

- 75 - 225
- 37,5 - 150
- 75 - 300
- 37,5 - 300

Рекомендуемой дозировкой хлопротиксена является + _____ + мг/сут

- 30-150
- 15-30
- 7,5-15
- 15-90

Среди других тревожных расстройств генерализованная тревога составляет от + _____ + до + _____ + %

- 12; 15
- 30; 35
- 2; 5
- 72; 77

Доля выраженных и острых состояний при генерализованном тревожном расстройстве составляет + _____ + %

- 12; 15
- 30; 35
- 2; 5
- 72; 77

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина, 28 лет. На прием к психиатру привела мать.

Жалобы

Не предъявляет.

Анамнез заболевания

Со слов матери состояние больной впервые изменилось около года назад. Ее дочь – необщительный и замкнутый человек, вдруг стала заводить много новых знакомств, ярко одеваться, использовать много косметики, была «в очень хорошем настроении». На работе была крайне продуктивна, часто задерживалась допоздна, вернувшись работала дома, спала по 4 – 5 часов. Примерно через полгода стала рассказывать матери, что коллеги на работе общаются между собой и с ней намеками и специальными жестами. Считала, что они пытаются ее предупредить о важной «проверке», которую ей предстоит пройти. Чуть позже подтверждения этому стала находить в уличных вывесках и рекламных плакатах, обращала в них внимание на отдельные слова, говорила, что это «знаки», размещенные специально для нее. Спустя некоторое время внезапно заявила матери, что та ее удочерила, ведь на самом деле она – член английской королевской семьи. Говорила, что ей предстоит «проверка на голубую кровь», куда ее заберет возлюбленный – принц. При этом высказывала матери опасения, что этому могут помешать какие-то люди, которых она не раз видела на улице, замечала, как они на нее «оглядываются и косятся», а «их мысли повторяются у нее в голове». За несколько дней до обращения к врачу стала на улице знакомиться с мужчинами, приводить их домой, пыталась дарить им деньги, документы матери, мебель. После долгих уговоров согласилась обратиться к психиатру.

Анамнез жизни

- * дед больной страдал «депрессиями», злоупотреблял алкоголем
- * не курит, алкоголь и другие психоактивные вещества не употребляет
- * длительно работает в сфере организации концертов классической музыки
- * не замужем, детей нет

Объективный статус

Пациентка возбуждена, активно жестикулирует, манерна, периодически встает со стула, ходит по кабинету, показывает сценки, описывающее сказанное ей. На лице яркая косметика, волосы на голове растрепаны. Выражение лица радостное, мимика живая, не всегда адекватная обсуждаемой теме.

Зрительный контакт долго не удерживает. В беседе непродуктивна, говорит с напором, быстро, сбивчиво, громко. На вопросы в плане заданного практически не отвечает, перескакивает с темы на тему, часто говорит невпопад. Некоторые вопросы будто не слышит. Склонна к нарушению дистанции, берет вещи со стола врача, заглядывает в монитор компьютера, на замечания практически не реагирует. Неоднократно отвлекается на шум из коридора, оборачивается, прислушивается. Высказывает идеи о том, что является дочерью «короля». Затем резко переключается и говорит, что контролирует «огромную армию света», которая борется с «силами тьмы» и должна в предстоящей битве защитить ее от неких «энимов», собирающихся изучать ее, потому что ей "предназначено стать святой императрицей". Говорит, что знает мысли врача, они «громко повторяются» у нее в голове. Более подробно разузнать содержание вышеописанных идей не удастся, так как речь больной часто становится бессвязной. Пациентка не считает себя больной, от госпитализации категорически отказывается.

В данном случае госпитализация пациентки в психиатрический стационар возможна

- только по решению суда
- без ее согласия и без согласия ее законных представителей
- только после получения информированного согласия больной
- только после получения согласия законного представителя больной

Лечение пациентки следует проводить в

- рамках периодического амбулаторного консультирования
- домашних условиях
- стационаре с круглосуточным типом пребывания

- рамках дневного стационара

Наиболее вероятным диагнозом является

- рамках периодического амбулаторного консультирования
- домашних условиях
- стационаре с круглосуточным типом пребывания
- рамках дневного стационара

Диагноз

Шизоаффективное расстройство

Расстройство личности

Гебефреническая шизофрения

Шизотипическое расстройство

У пациентки присутствует + _____ + тип расстройства

- маниакальный
- смешанный
- психопатоподобный (псевдопсихопатический)
- импульсивный

Пациентке наиболее целесообразно назначить

- оланзапин
- сульпирид
- тералиджен
- тиоридазин

В данном случае предпочтительно назначение препарата с + _____ + компонентом действия

- дезингибирующим
- седативным
- сбалансированным
- ноотропным

Заявления пациентки о командовании армией, защищающей ее от противников, о предстоящей битве можно классифицировать как

- аменцию
- сверхценный бред
- манихейский бред
- интерпретативный бред

Заявления пациентки о принадлежности к королевской семье, о ее предназначении можно классифицировать как

- парафренный синдром
- бред Котара
- обсессивный синдром
- первичный монотематический бред

Ощущение повторяющихся чужих мыслей в голове, которое испытывает пациентка, является проявлением

- синдрома Кандинского-Клерамбо
- ипохондрического синдрома
- маниакального синдрома
- психопатоподобного синдрома

Исходя из большого удельного веса аффективной симптоматики в состоянии больной можно предположить

- высокую вероятность резистентности пациентки к медикаментозной терапии
- тенденцию заболевания к непрерывному течению
- высокую вероятность быстрого формирования глубокого дефекта
- благоприятное течение заболевания

Карбонат лития наиболее эффективен в профилактике

- смешанных фаз
- колебаний настроения в рамках суточной ритмики
- депрессивных фаз
- маниакальных фаз

Одним из основных преимуществ пролонгированных форм антипсихотиков является

- смешанных фаз
- колебаний настроения в рамках суточной ритмики
- депрессивных фаз
- маниакальных фаз

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 60 лет находится в психиатрическом стационаре.

Жалобы

Самостоятельно жалоб не предъявляет.

Анамнез заболевания

Доставлен бригадой скорой помощи из дома.

Анамнез жизни

* среди ближайших родственников никто к психиатрам не обращался

* курит до 1,5 пачки в сутки, злоупотребляет алкоголем

* в детстве перенес детские инфекции

* текущими соматическими заболеваниями не страдает

Объективный статус

У больного сохраняется ориентировка в собственной личности, но дезориентирован в окружающей обстановке и времени. На этом фоне возникают разнообразные яркие зрительные иллюзии или галлюцинации устрашающего, угрожающего содержания. Больной как бы на сцене видит различных зверей, чудовищ, змей, мертвецов, чертей, картины сражений, катастроф. Больной становится активным участником происходящего: то он нападает, то обороняется, то в ужасе спасается от своих преследователей. В зависимости от содержания галлюцинаторных переживаний появляются страх, тревога, растерянность, резкое двигательное возбуждение. Продуктивному контакту недоступен. Глубина психоза колеблется — обычно она увеличивается в вечерние и ночные часы, днем нередко возникают периоды прояснения сознания. На выходе из психоза сохраняются фрагментарные воспоминания о перенесенных переживаниях, окружающие события в основном амнезированы.

Психиатрическое освидетельствование данного больного в остром состоянии проводится

- при наличии письменного согласия родственников
- только при наличии письменного согласия пациента
- только при наличии решения супруги
- при отсутствии письменного согласия пациента

Дальнейшее лечение данного пациента следует проводить

- амбулаторно, периодически посещая больного на дому сотрудниками психоневрологического диспансера
- в условиях отделения интенсивной терапии и реанимации психиатрического стационара
- в санатории психо-неврологического профиля
- в домашних условиях при круглосуточном наблюдении со стороны родственников

Необходимыми для постановки диагноза обследованиями являются

- амбулаторно, периодически посещая больного на дому сотрудниками психоневрологического диспансера
- в условиях отделения интенсивной терапии и реанимации психиатрического стационара
- в санатории психо-неврологического профиля
- в домашних условиях при круглосуточном наблюдении со стороны родственников

Результаты обследования

Психиатрическое обследование

Выявлено расстройство восприятия окружающего, дезориентировка во времени, месте, нарушение мышления с затруднением суждений и амнезией.

Обследование соматической и неврологической сферы

Обследование соматической и неврологической сфер и биохимических анализов серьезных нарушений не выявило. Артериальное давление 140/90, пульс 91/мин. Повышены показатели АЛТ и АСТ.

Патопсихологическое обследование

Невозможно по состоянию больного

Сбор анамнестических сведений

Невозможно по состоянию больного

Определение показаний почечного диуреза

Показатели в пределах возрастной нормы

Определение уровня глюкозы в крови

Уровень глюкозы крови 4,6 ммоль/литр

К необходимым для постановки диагноза методам дополнительного обязательного обследования относят

- амбулаторно, периодически посещая больного на дому сотрудниками психоневрологического диспансера
- в условиях отделения интенсивной терапии и реанимации психиатрического стационара
- в санатории психо-неврологического профиля
- в домашних условиях при круглосуточном наблюдении со стороны родственников

Результаты обследования

Исследование общего и биохимического анализа крови, общего анализа мочи

Исследование биохимических анализов серьезных нарушений не выявило. Повышены пробы АЛТ и АСТ.

Исследование крови на сифилис

Результаты RW отрицательные

МРТ головного мозга

По состоянию больного невозможно

Серологические реакции на ВИЧ и гепатиты В и С

Реакции на ВИЧ и гепатиты В и С отрицательные

Учитывая данные психиатрического и соматического обследования, у больного можно определить наличие синдрома

- депрессивного раптуса
- делирия
- кататонического возбуждения
- оглушения

Для постановки диагноза необходимо определить наличие + ____ + признаков нарушения сознания

- 5
- 2
- 4
- 3

Причиной развития данного состояния является

- тяжелая форма гриппа
- длительное злоупотребление алкоголем
- обезвоживание организма
- гипертоническая болезнь

В соответствии с критериями МКБ-10 больному следует выставить диагноз

- тяжелая форма гриппа
- длительное злоупотребление алкоголем
- обезвоживание организма
- гипертоническая болезнь

Диагноз

F10.40 Абстинентное состояние с типичным делирием

F32.3 Депрессивный эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами

F06.10 Кататоническое состояние в связи с травмой головного мозга

F04.0 Органический амнестический синдром в связи с травмой головного мозга

Основная терапевтическая помощь включает в себя

- обильное питье и активные физиотерапевтические процедуры
- назначение препаратов с выраженной холинолитической и адренолитической активностью
- назначение нейролептиков (антипсихотиков) и бензодиазепинов
- назначение стимулирующих антидепрессантов внутривенно капельно

Основные терапевтические подходы основаны на

- коррекции психомоторного возбуждения и бессонницы психотропными препаратами
- круглосуточном электроэнцефалографическом мониторинге
- использовании длительной фиксации больного в лежачем положении
- активных психотерапевтических мероприятий и тренингах по контролю аффекта

Вопрос о госпитализации решается в зависимости от

- тяжести и особенностей основного заболевания
- способности больного давать анамнестические сведения
- наличия группы инвалидности больного
- наличия перенесенных в анамнезе соматических заболеваний

При осложненном течении расстройство может перейти в

- тяжести и особенностей основного заболевания
- способности больного давать анамнестические сведения
- наличия группы инвалидности больного
- наличия перенесенных в анамнезе соматических заболеваний

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 40 лет находится в психиатрическом стационаре.

Жалобы

Самостоятельно жалоб не предъявляет.

Анамнез заболевания

Болен с 19 лет, последнее время ежегодно госпитализируется в психиатрические стационары. Не способен вести самостоятельный образ жизни, ничем не занят, находится на иждивении родственников.

Анамнез жизни

* Дед по отцовской линии страдал параноидной шизофренией

* курит около 1 пачки в сутки

* в детстве перенес обычные инфекции без осложнений

* текущими соматическими заболеваниями не страдает

* имеет инвалидность 2 группы по психическому заболеванию

Объективный статус

Больной предпочитает одиночество, не идет на контакт с другими людьми, отсутствует проявление адекватных эмоций и интереса к окружающим событиям. Двигательная активность ограничивается передвижением по палате. Целенаправленное поведение ограничивается удовлетворением биологических потребностей. Любит поесть и смотреть примитивные развлекательные программы по телевизору. Просьбы со стороны окружающих обычно игнорирует, однако простые требования в приказном тоне выполняет. Больной не меняет одежду и пренебрегает личной гигиеной. При этом состояние собственного тела и внешний вид не вызывают у пациента никаких эмоций. Критические замечания в адрес больного как правило им не воспринимаются. Саморегуляция поведения практически разрушена, требуется энергичное поуждение к какой-либо деятельности со стороны. Продуктивная

психотическая симптоматика не выявляется, периодически бывает раздражителен, злобен, ночной сон нарушен.

Психиатрическое освидетельствование данного больного проводится

- только при наличии письменного согласия пациента
- при отсутствии письменного согласия пациента
- только при наличии решения супруги
- при наличии письменного согласия родственников

Дальнейшее лечение данного пациента следует проводить

- амбулаторно, периодически посещая больного на дому сотрудниками психоневрологического диспансера
- в санатории психо-неврологического профиля
- в условиях отделения психиатрического стационара
- в домашних условиях при круглосуточном наблюдении со стороны родственников

Необходимыми для постановки диагноза обследованиями являются

- амбулаторно, периодически посещая больного на дому сотрудниками психоневрологического диспансера
- в санатории психо-неврологического профиля
- в условиях отделения психиатрического стационара
- в домашних условиях при круглосуточном наблюдении со стороны родственников

Результаты обследования

Психиатрическое обследование

Выявлено расстройство эмоциональной и волевой сферы, апато-абулический дефект с дисфорическими включениями.

Обследование соматической и неврологической сферы

Обследование соматической и неврологической сфер и биохимических анализов серьезных нарушений не выявило. Артериальное давление 120/70, пульс 74/мин.

Патопсихологическое обследование

Невозможно по состоянию больного

Сбор анамнестических сведений

Невозможно по состоянию больного

Определение показаний почечного диуреза

Показатели в пределах возрастной нормы

Определение уровня глюкозы в крови

Уровень глюкозы крови 5,4 ммоль/литр

К необходимым для постановки диагноза основным методам обследования относят

- амбулаторно, периодически посещая больного на дому сотрудниками психоневрологического диспансера
- в санатории психо-неврологического профиля
- в условиях отделения психиатрического стационара
- в домашних условиях при круглосуточном наблюдении со стороны родственников

Результаты обследования

Клинико-психопатологический метод

Выявлено расстройство эмоциональной и волевой сферы, апато-абулический дефект с дисфорическими включениями.

Исследование крови на сифилис

Результаты RW отрицательные

МРТ головного мозга

Очаговых образований и аномалий развития не выявлено.

Серологические реакции на ВИЧ и гепатиты В и С

Реакции на ВИЧ и гепатиты В и С отрицательные

Учитывая данные психиатрического и соматического обследования, у больного можно определить наличие синдрома

- абулии в структуре апато-абулического дефекта
- оглушения
- депрессивного ступора
- аменции

Для постановки диагноза необходимо определить наличие

- признаков нарушения сознания
- аффективно-бредовой симптоматики
- депрессивного аффекта с идеаторной и моторной заторможенностью
- негативных эмоционально-волевых нарушений

Причиной развития данного состояния является

- органическое заболевание головного мозга
- тяжелая форма гриппа
- рекуррентное депрессивное расстройство
- шизофрения

В соответствие с критериями МКБ-10 больному следует выставить диагноз

- органическое заболевание головного мозга
- тяжелая форма гриппа
- рекуррентное депрессивное расстройство
- шизофрения

Диагноз

F20.6 Простой тип шизофрении

F32.3 Депрессивный эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами

F06.10 Кататоническое состояние в связи с травмой головного мозга

F 20.1 Гебефреническая шизофрения

Основная терапевтическая помощь включает в себя

- длительную фиксацию больного в лежачем положении
- назначение препаратов с выраженной ноотропной активностью
- контроль избыточного приема пищи
- подбор нейролептика

Основные терапевтические подходы основаны на

- использовании длительной фиксации больного в лежачем положении
- круглосуточном контроле пищевого поведения
- активных психотерапевтических мероприятиях и тренингах по контролю аффекта
- снижении выраженности негативных расстройств и купировании аффективных включений

Вопрос о госпитализации решается в зависимости от

- наличия группы инвалидности больного

- тяжести и особенностей основного заболевания
- наличия перенесенных в анамнезе психических расстройств
- способности больного давать анамнестические сведения

Выбор формы психосоциальных воздействий для конкретного больного должен осуществляться в соответствии с(о)

- наличия группы инвалидности больного
- тяжести и особенностей основного заболевания
- наличия перенесенных в анамнезе психических расстройств
- способности больного давать анамнестические сведения

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 54 лет находится в психиатрическом стационаре.

Жалобы

Самостоятельно жалоб не предъявляет.

Анамнез заболевания

Доставлен бригадой скорой помощи из дома.

Анамнез жизни

* Среди ближайших родственников никто к психиатрам не обращался;

* курит до 1 пачки в сутки, злоупотребляет алкоголем;

* в детстве перенес детские инфекции;

* атеросклероз сосудов головного мозга, перенес геморрагический инсульт год назад;

* инвалид 2 группы

Объективный статус

Состояние характеризуется растерянностью, нарушением всех видов ориентировки, в том числе осознания собственной личности, а также бессвязностью мышления. Больной постоянно находится в состоянии хаотического двигательного возбуждения, ограничивающегося пределами постели. Он недоступен контакту, речь его разорвана и состоит из отдельных слов. Аффективные реакции лабильны: больной то плаксив, то улыбчив, то индифферентен к окружающему. По ночам периодически возникают

делириозные эпизоды, в высказываниях нередко звучат фрагментарные бредовые переживания, а поведение указывает на наличие отдельных галлюцинаторных обманов. Память на весь период психоза отсутствует.

Психиатрическое освидетельствование данного больного проводится

- только при наличии письменного согласия пациента
- при наличии письменного согласия матери
- только при наличии решения супруги
- при отсутствии письменного согласия пациента

Дальнейшее лечение данного пациента следует проводить

- в условиях отделения интенсивной терапии и реанимации психиатрического стационара
- в условиях дневного стационара психиатрического профиля
- амбулаторно, периодически посещая больного на дому
- в санатории психо-неврологического профиля

Необходимыми для постановки диагноза обследованиями являются

- в условиях отделения интенсивной терапии и реанимации психиатрического стационара
- в условиях дневного стационара психиатрического профиля
- амбулаторно, периодически посещая больного на дому
- в санатории психо-неврологического профиля

Результаты обследования

Психиатрическое обследование

Выявлено расстройство восприятия окружающего, дезориентировка во времени, месте, нарушение мышления с затруднением суждений и амнезией.

Обследование соматической и неврологической сферы

Обследование соматической и неврологической сфер и биохимических анализов серьезных нарушений не выявило. Артериальное давление 115/70 пульс 85/мин. Повышены показатели АЛТ и АСТ.

Патопсихологическое обследование

Невозможно по состоянию больного

Сбор анамнестических сведений

Невозможно по состоянию больного

Определение показаний почечного диуреза

Показатели в пределах возрастной нормы

Определение наличия бреда у больного

Высказывания не содержат смысла.

К необходимым для постановки диагноза методам дополнительного обязательного обследования относят

- в условиях отделения интенсивной терапии и реанимации психиатрического стационара
- в условиях дневного стационара психиатрического профиля
- амбулаторно, периодически посещая больного на дому
- в санатории психо-неврологического профиля

Результаты обследования

Исследование общего и биохимического анализа крови, общего анализа мочи

Исследование биохимических анализов серьезных нарушений не выявило, за исключением повышения проб АЛТ и АСТ.

Исследование крови на сифилис

Результаты RW отрицательные

МРТ головного мозга

Остаточные признаки перенесенного инсульта.

Серологические реакции на ВИЧ и гепатиты В и С

Реакции на ВИЧ и гепатиты В и С отрицательные

Учитывая данные психиатрического и соматического обследования, у больного можно определить наличие синдрома

- кататонического возбуждения
- депрессивного ступора
- аменции
- оглушения

Для постановки диагноза необходимо определить наличие + ___ + признаков нарушения сознания

- 2
- 3
- 5
- 4

Причиной развития данного состояния является

- злоупотребление алкоголем

- гипертоническая болезнь
- тяжелая форма гриппа
- обезвоживание организма

В соответствии с критериями МКБ-10 больному следует выставить диагноз

- злоупотребление алкоголем
- гипертоническая болезнь
- тяжелая форма гриппа
- обезвоживание организма

Диагноз

F 10.48 Абстинентное состояние (синдром отмены) с делирием другим

F32.3 Депрессивный эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами

F06.10 Кататоническое состояние в связи с травмой головного мозга

F04.0 Органический амнестический синдром в связи с травмой головного мозга

Основная терапевтическая помощь включает в себя

- назначение препаратов с выраженной холинолитической и адренолитической активностью
- назначение нейролептиков (антипсихотиков) и бензодиазепинов
- назначение стимулирующих антидепрессантов
- покой и активные физиотерапевтические процедуры

Основные терапевтические подходы основаны на

- круглосуточном мониторинге ЭЭГ
- использовании длительной фиксации больного в лежачем положении
- коррекции психомоторного возбуждения и бессонницы психотропными препаратами
- активных психотерапевтических мероприятий и тренингах

Вопрос о госпитализации решается в зависимости от

- наличия группы инвалидности больного
- наличия перенесенных в анамнезе соматических заболеваний
- способности больного давать анамнестические сведения

- тяжести и особенностей основного заболевания

При осложненном течении расстройство может перейти в

- наличия группы инвалидности больного
- наличия перенесенных в анамнезе соматических заболеваний
- способности больного давать анамнестические сведения
- тяжести и особенностей основного заболевания

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина, 21 год, вместе с матерью пришел на прием к психиатру в ПНД.

Жалобы

На неприятные ощущения в грудной клетке.

Анамнез заболевания

В детском возрасте часто болел простудными заболеваниями. Воспитывался в атмосфере крайней гиперопеки со стороны матери. Рос неуверенным в себе, замкнутым, склонным к постоянным сомнениям. Примерно в 15-летнем возрасте на перемене сломал ребро. По прошествии нескольких месяцев боль в грудной клетке сохранялась. Стал испытывать постоянную тревогу, опасался, что боль уже является проявлением какого-то другого заболевания, а не перелома. Обратился к врачу, который не нашел патологии, после чего пациент на некоторое время успокоился. Однако спустя несколько месяцев, после простуды, появились странное, будто растягивающее кожу на груди, жгущее ощущение. Тогда тревога по поводу своего здоровья вернулась вновь. Стал постоянно мазать грудь специальной мазью, по несколько раз в день, после чего неприятные ощущения и постоянные, навязчивые мысли о своем здоровье на некоторое время отступали. В то же время продолжал обследования у врачей, которые не находили соматической патологии. Примерно с 20 лет стал подозревать, что доктора специально скрывают от него его диагноз. Утверждал, что болен саркомой легкого, требовал назначать ему специфические анализы, требовал «признать свои ошибки». Считал, что врачи скрывают диагноз потому что не нашли заболевание на ранней стадии и бояться показаться некомпетентными, из-за этого писал многочисленные жалобы их начальству и в министерство здравоохранения. В возрасте 22 лет «вдруг понял», что тягостные ощущения являются результатом сговора матери и врачей, которые с помощью специального оборудования вызывают у него эти ощущения с целью подчинения его своей воле. Стал чувствовать, что прибор действует не только на его физические ощущения, но и на его голову: обрывает мысли, транслирует

туда «мысли врачей», которые пытаются заставить его делать «нелепые действия», «показывают картинки с болезнями внутри головы». Перестал разговаривать с матерью, следил за ней вне дома. После долгих попыток установить контакт, мать сказала пациенту, что отведет его к врачу, который все ему объяснит, на что больной согласился.

Анамнез жизни

- * Мать страдает обсессивно-компульсивным расстройством;
- * не курит, алкоголь и другие психоактивные вещества не употребляет;
- * студент 3 курса физико-математического факультета;
- * не женат, детей нет;
- * проживает с матерью

Объективный статус

Всесторонне ориентирован верно. В поведении упорядочен. Одет в старую, потрепанную одежду. Сидит в однообразной позе. Выражение лица настороженное, беспокойное. Зрительный контакт практически не поддерживает. Внимательно осматривает кабинет. В беседе сначала дает односложные, малоинформативные ответы, но при поднятии темы здоровья становится многословен, говорит с напором и раздражением. В повествовании часто делает логические прыжки, склонен к рассуждательству. Периодически замолкает, что объясняет тем, что «они опять мозг выключали». Предъявляет жалобы на «странные ощущения» в груди, которые якобы вызывают «ваши коллеги». Зачем они это делают объяснять отказывается, говорит, «мои мысли и так всем известны». Также продолжает рассказ о врачах, которые его «преследуют», говорит, что они как-то связаны с «правительством», хотя подробностей не раскрывает. Вместе с этим признает, что он болен, что имеет проблемы с психикой, но в чем они заключаются пояснить не может.

Предварительным диагнозом в этом случае является

- наличия группы инвалидности больного
- наличия перенесенных в анамнезе соматических заболеваний
- способности больного давать анамнестические сведения
- тяжести и особенностей основного заболевания

Диагноз

Параноидная шизофрения

Псевдоневротическая шизофрения

Ипохондрическая депрессия

Шизотипическое расстройство

В 15 лет у пациента отмечался

- синдром Кандинского-Клерамбо
- ипохондрический синдром
- депрессивный синдром
- дисморфофобический синдром

Также в 15 летнем возрасте у пациента отмечался + _____ + синдром

- маниакальный
- гебоидный
- парафренный
- обсессивный

Симптоматику, наблюдавшуюся у пациента в 20 летнем возрасте, можно отнести к + _____ + синдрому

- деперсонализационно-дереализационному
- параноидному
- парафренному
- паранойяльному

Появившиеся ощущения у пациента в 22 года о трансляции чужих мыслей в его голову являются проявлением

- онейроидного синдрома
- аментивного синдрома
- обсессивного синдрома
- синдрома Кандинского-Клерамбо

Ипохондрический нигилистический бред также носит название

- манихейский бред
- бред Котара
- бред Капгра

- бред Фреголи

К аффективно-нейтральным навязчивостям относится (-ятся)

- назойливо возникающая неуверенность в правильности совершаемых действий
- навязчивый счет
- навязчивые представления
- контрастные навязчивости

К симптомам первого ранга по Шнайдеру относятся

- аутоагрессивные действия
- явления психического автоматизма
- колебания аффекта
- зрительные иллюзии

Словами о том, что ему «показывают картинки внутри головы» пациент описывает

- псевдогаллюцинации
- галлюциноз Ван-Богарта
- истинные галлюцинации
- патологическое фантазирование

**В описанном клиническом случае преобладает + _____ +
симптоматика**

- смешанная
- продуктивная
- нейрокогнитивная
- негативная

К препаратам, способным уменьшать депрессивную симптоматику у больных шизофренией относится

- галоперидол
- рисперидон
- трифлуоперазин
- кветиапин

Большинство антипсихотиков метаболизируются в печени цитохромом

- галоперидол
- рисперидон

- трифлуоперазин
- кветиапин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 30 лет находится в психиатрическом стационаре.

Жалобы

Самостоятельно жалоб не предъявляет.

Анамнез заболевания

После падения на улице доставлен в стационар.

Анамнез жизни

- * Среди ближайших родственников никто к психиатрам не обращался;
- * курит до 1 пачки в сутки, алкоголь употребляет редко и в незначительных количествах;
- * в детстве перенес детские инфекции;
- * работает курьером;
- * соматическими заболеваниями последнее время не болел

Объективный статус

Больной малоподвижен, заторможен, дезориентирован в месте и времени, сонлив. Большую часть дня лежит, оставаясь безучастными, равнодушными ко всему, в том числе и к своему состоянию. При обращении к нему или не отвечает на вопросы, или отвечает односложно после неоднократных повторений. Удаётся выяснить, что внешний мир воспринимается больным «как сквозь туман», причем некоторые раздражители до него не доходят. Вместе с тем при активной стимуляции возможна некоторая мобилизация психической деятельности, оживление ответов, после чего больной истощается и вновь впадает в прежнее состояние. Не может вспомнить последовательность событий происшедшего.

В области затылка поверхностные следы припухлости и кровоподтека.

Психиатрическое освидетельствование данного больного проводится

- при отсутствии письменного согласия пациента

- только при наличии решения супруга
- только при наличии письменного согласия пациента
- при наличии письменного согласия матери

Дальнейшее лечение данного пациента следует проводить

- в условиях дневного стационара психиатрического профиля
- в санатории психо-неврологического профиля
- в условиях психиатрического стационара
- амбулаторно, периодически посещая больного на дому

Необходимыми для постановки диагноза обследованиями являются

- в условиях дневного стационара психиатрического профиля
- в санатории психо-неврологического профиля
- в условиях психиатрического стационара
- амбулаторно, периодически посещая больного на дому

Результаты обследования

Психиатрическое обследование

Выявлено расстройство восприятия окружающего, дезориентировка во времени, месте, нарушение мышления с затруднением суждений и частичной амнезией.

Обследование соматической и неврологической сферы

Обследование соматической сферы и биохимических анализов серьезных нарушений не выявило. В неврологической сфере горизонтальный нистагм, ослабление реакции зрачков на свет, легкое нарушение конвергенции.

Патопсихологическое обследование

Невозможно по состоянию больного

Сбор анамнестических сведений

Невозможно по состоянию больного

Определение показаний артериального давления и пульса

Показатели в пределах возрастной нормы

Определение наличия бреда у больного

Бредовые высказывания отсутствуют.

К необходимым для постановки диагноза методам дополнительного обязательного обследования относят

- в условиях дневного стационара психиатрического профиля

- в санатории психо-неврологического профиля
- в условиях психиатрического стационара
- амбулаторно, периодически посещая больного на дому

Результаты обследования

Исследование общего и биохимического анализа крови, общего анализа мочи

Исследование биохимических анализов серьезных нарушений не выявило. МРТ головного мозга без особенностей.

Выполнение ЭКГ

Ритм синусовый, вертикальная ось сердца, данных за нарушения ритма и проводимости не получено.

МРТ шейного отдела позвоночника

Начальные признаки остеохондроза С 4-С 5

Серологические реакции на ВИЧ и гепатиты В и С

Реакции на ВИЧ и гепатиты В и С отрицательные

Учитывая данные психиатрического и соматического обследования, у больного можно определить

- синдром аменции
- синдром оглушения травматической природы
- депрессивный синдром
- кататонический синдром

Для постановки диагноза необходимо определить наличие +___+ признаков нарушения сознания

- 4
- 3
- 2
- 5

Причиной развития данного состояния является

- обезвоживание организма
- травма головы
- тяжелая форма пневмонии
- остеохондроз позвонков шейного отдела

В соответствие с критериями МКБ-10 больному следует выставить диагноз

- обезвоживание организма

- травма головы
- тяжелая форма пневмонии
- остеохондроз позвонков шейного отдела

Диагноз

S 06.0 Сотрясение головного мозга с оглушением

F32.3 Депрессивный эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами

F06.10 Кататоническое состояние в связи с травмой головного мозга

F 04.0 Органический амнестический синдром в связи с травмой головного мозга

Основная терапевтическая помощь включает в себя

- покой и седативные нейролептики
- специфические детоксикационные мероприятия
- стимулирующие антидепрессанты
- уход и назначение ноотропных препаратов

Терапевтические подходы основаны на

- общеукрепляющей и ноотропной терапии
- массивной психофармакотерапии
- использовании физиотерапии воротниковой зоны
- психотерапевтических мероприятиях

Вопрос о госпитализации решается в зависимости от

- наличия предшествующих перенесенных соматических заболеваний
- тяжести и особенностей травмы
- способности больного давать анамнестические сведения
- особенностей профессиональной деятельности больного

При осложненном течении расстройство может перейти в

- наличия предшествующих перенесенных соматических заболеваний
- тяжести и особенностей травмы
- способности больного давать анамнестические сведения
- особенностей профессиональной деятельности больного

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На амбулаторном приеме у психиатра молодой человек 18 лет в сопровождении матери.

Жалобы

- * На постоянные навязчивые мысли и сомнения выключены ли газ, свет, вода, сопровождающиеся регулярными перепроверками, особенно в вечернее время,
- * страх загрязнения, навязчивое мытье рук до 10-15 раз,
- * Выраженное чувство внутреннего напряжения и тревоги в вечернее время, снимающееся употреблением воды со счетом глотков
- * Невозможность заснуть ночью в течение 3 часов

Анамнез заболевания

- * 3 года назад на фоне «переутомления на учебе» появилось чувство неуверенности в совершенных действиях: «выключил ли свет, воду», «закрыл ли дверь на замок», «убрал ли одежду».
- * Мог перепроверять до 7-10 раз правильность выполнения домашних заданий.
- * В общении с друзьями испытывал напряжение и неуверенность в себе, опасаясь, что «делал что-то не так».
- * 1 год назад к вышеописанной симптоматике присоединился страх заражения, в связи с чем по 10-15 раз перемывал руки.
- * За месяц до обращения ежедневно стал испытывать выраженное внутреннее напряжение, для снижения которого пил воду и считал количество глотков.
- * Осознавая болезненность данных нарушений, понимал беспочвенность своих опасений и бессмысленность совершаемых действий, однако не мог им сопротивляться, обратился за психиатрической помощью.

Анамнез жизни

- * Психические заболевания родственников отрицает.

- * По характеру формировался активным, общительным, впечатлительным, склонным к перфекционизму
- * В 8 лет боялся смерти, так как считал, что надвигался "конец света", на фоне чего отмечались частая плаксивость и тревога.
- * Обучается на фотографа в колледже искусств, в учебных коллективах адаптировался хорошо, общался в группе 3-4 близких по интересам молодых людей.

Объективный статус

- * На приеме сидит ссутулившись, облокотившись о колени, смотрит вниз или на собеседника, поправляет на себе одежду, двигает стул
- * Выглядит тревожным, озабоченным.
- * Контакт доступен формально, неохотно делится жалобами, смущается при рассказе о детских страхах
- * В беседе быстро утомляется, голос становится тихим
- * обеспокоен своим состоянием, осознавая болезненность симптоматики просит о помощи
- * отмечается склонность к опасениям по поводу своего здоровья, недоверчив к психотерапии

Учитывая жалобы, анамнез, данные клинического и параклинического исследования больному можно поставить диагноз

- наличия предшествующих перенесенных соматических заболеваний
- тяжести и особенностей травмы
- способности больного давать анамнестические сведения
- особенностей профессиональной деятельности больного

Диагноз

Обсессивно-компульсивное расстройство

Ананкастное расстройство личности

Социальная фобия

Изолированное фобическое расстройство

Для установки диагноза обсессивно-компульсивного расстройства необходимо, чтобы симптоматика наблюдалась большую часть дней за период не менее

- двух недель
- одного года
- полугода
- одного месяца

В отличие от шизофрении, при данном расстройстве навязчивые мысли и действия

- расцениваются пациентом как собственные
- не вызывают сопротивления у больного
- расцениваются больным как чуждые, пришедшие извне
- вызывают у больного активное сопротивление

Эффективность медикаментозной терапии данного расстройства оценивается в течение

- 8-12 недель
- 6-12 месяцев
- 2-4 недель
- 3-6 месяцев

При эффективности назначенной фармакотерапии длительность лечения составляет

- 6-12 месяцев
- 1 год
- 8-12 недель
- 3-6 месяцев

На 1 этапе лечения данного заболевания возможна монотерапия

- циталопрамом
- кломипрамином
- мirtазапином
- сертралином

Рекомендованные дозировки пароксетина при лечении данного расстройства составляют + ____ + мг

- 40-60
- 20-40
- 40-80
- 20-60

Нормотимиком, присоединение которого способствует усилению серотонинергической функции антидепрессантов, являе(ю)тся

- соли лития
- карбамазепин
- вальпроевая кислота
- ламотриджин

При отсутствии эффекта от монотерапии препаратом из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) показана

- монотерапия мirtазапином
- комбинация СИОЗС+рисперидон
- монотерапия кломипрамином
- комбинация СИОЗС+арипипразол

Действия, которые пациент использовал для уменьшения тревоги, называются

- автоматизмами
- ритуалами
- obsессиями
- оперантами

Страх загрязнения называется

- дерматофобией
- гленофобией
- нозофобией
- мизофобией

При obsессивно-компульсивном расстройстве ритуалы

- дерматофобией
- гленофобией
- нозофобией
- мизофобией

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К психотерапевту обратилась молодая девушка 18 лет в сопровождении отца и матери.

Жалобы

Конкретных жалоб не предъявляет. По словам отца была исключена из института вследствие пропуска занятий и неявки на экзаменационную сессию.

Анамнез заболевания

Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Тем не менее, мать пациентки склонна к колебаниям настроения, часто тревожится по пустякам. У отца на протяжении целого ряда последних лет были серьезные неурядицы по работе. В связи с этим семья испытывала постоянный стресс, связанный с переездами и изменением финансового положения.

Выросла в интеллигентной семье. В детстве много лет провела с родителями за рубежом. Родители, особенно мать, постоянно заботились о ней, стремясь удовлетворить любую прихоть ребенка. При этом все достижения и успехи ребенка становились предметом всеобщего восхищения. Училась всегда хорошо, увлекалась языками. При этом отношения со сверстниками складывались с детства непросто. В классе ее не любили, так как считали высокомерной и «ботаником». В 7-9 классе даже подвергалась «травле» со их стороны за избыточный вес и «нестандартность» поведения. Тем не менее, была любимицей у некоторых учителей. В 10-11 классах перешла на заочное обучение в школе продолжала усиленно заниматься, готовилась к поступлению в престижный вуз, куда в конце концов и поступила.

Первый курс закончила хорошо. Была даже старостой в группе. Однако уже в это время начали возникать психологические затруднения. С соучениками близко не общалась, преподаватели, по ее мнению, часто «занижали» оценки. Остро ощущала разницу в социальном статусе и материальном благополучии в сравнении с другими студентками, а также свое «несоответствие» окружению. Это выражалось в том, что не могла дорого одеваться и ездила в институт на электричке. Кроме того, переживала из-за своего лишнего веса.

Обучаясь на 2-м курсе, по непонятной причине часто стала пропускать занятия. Слабо сдала осеннюю сессию, а по одному из экзаменов получила неудовлетворительную оценку. На пересдачу экзамена не явилась. Была автоматически отчислена из вуза.

Анамнез жизни

На протяжении всего этого времени, по словам родителей, была повышено раздражена. Дома почти ежедневно возникали конфликты с матерью и отцом. Сократились контакты с окружающими. Заявляла родителям, что решила стать лесбиянкой. По вечерам принимает избыточные количества пищи. Имеет явно избыточный вес. Родители пытались устроить дочь на работу лаборантом, однако она была вскоре вынуждена оттуда уйти из-за прогулов и некорректного поведения со старшими коллегами. Много времени проводила в Интернет, где пыталась выкладывать свои рассказы и стихи. Около полугода ходила к психотерапевту вуза по поводу депрессии. Несколько месяцев принимала эсциталопрам без существенного эффекта.

Объективный статус

Настроение неустойчивое. Жалуется на то, что испытывает апатию и равнодушие. Однако при беседе оживляется, активно жестикулирует, всячески стремится представить себя с наиболее выгодной стороны. Считает, что в вузе к ней отнеслись с предубеждением и не оценили ее. Косвенно обвиняет мать и отца в том, что они недостаточно помогали ей во время учебы в школе и при обучении в институте. Особенно много обид высказывает в адрес матери. При этом дает понять, что ее родители – не простые люди, подчеркивает наличие у них «связей» и определенных «возможностей».

Подчеркивает, что окружающие люди часто ее недооценивают, завидуют ей и недостаточно признают ее способности. Считает, что большинство ее сверстников – недостаточно развитые люди с узкими интересами, которых интересуют только одежда и внешние атрибуты богатства. Обращает внимание, что у нее хорошо поставлена речь, она знает иностранные языки, имеет тонкий художественный и литературный вкус.

Сон хороший, однако просыпается поздно из-за того, что по ночам часто проводит время в Интернет. Пишет рассказы и стихи. Много общается на писательских форумах и чатах. В то же время обеспокоена тем, что у нее почти нет настоящих друзей, говорит, что «разочаровалась» в представителях мужского пола. Считает, что находится в постоянном напряжении, иногда отмечает безотчетную тревогу. Указывает на наличие приступов переедания, в основном в вечернее время, когда остается одна. После завершения беседы не хочет уходить, стремится продлить контакт.

Для оценки состояния пациентки из медико-биологических обследований необходимо провести

- дерматофобией

- гленофобией
- нозофобией
- мизофобией

Результаты обследования

Электроэнцефалографическое обследование

Легкие диффузные изменения биоэлектрической активности мозга резидуально-органического характера.

Изучение общего анализа крови, клинического анализа мочи и биохимического исследования крови

Отклонений от нормы не выявлено

Рентгенография грудной клетки

Легкие без свежих очаговых и инфильтративных изменений

Уровень гормонов щитовидной железы

В пределах референсных значений

Дополнительно для изучения состояния пациентки необходимо провести психологическое тестирование, которое должно включать

- скрининг-тесты на алкоголизм
- личностные опросники
- проективные тесты
- изучение интеллектуальных способностей

Необходимо прежде всего получить дополнительные анамнестические сведения, касающиеся

- отношений со сверстниками во время обучения в школе
- увлечений, хобби
- характера семейного воспитания
- наследственной отягощенности по психическим расстройствам

Необходимо уточнить характер психопатологической симптоматики в период

- первичного обращения к психотерапевту
- детства
- непосредственно предшествовавший поступлению в институт
- пубертата

Необходимо также получить сведения о(б)

- успеваемости пациентки в школьные годы

- характере родителей
- физическом развитии пациентки в предшествующие годы
- особенностях психотравмирующей ситуации, предшествовавшей декомпенсации состояния пациентки

По совокупности полученных данных состояние пациентки определяется как расстройство личности + _____ + типа

- параноидного
- истерического (гистрионного)
- антисоциального
- эмоционально неустойчивого

У пациентки имеется также коморбидное состояние, представленное

- параноидного
- истерического (гистрионного)
- антисоциального
- эмоционально неустойчивого

Дополнительная информация

Ниже представлены результаты обследования пациентки с помощью Методики многостороннего исследования личности

Профиль ММИЛ достоверен. Состояние испытуемой определяется психосоциальной декомпенсацией, отражающейся повышением уровня теста выше 70 Т-баллов по шкале Ну (вытеснение факторов, вызывающих тревогу) и граничными значениями по шкалам Ра (ригидность аффекта) и Ма (отрицание тревоги, гипомания). Кроме того, отмечается существенное повышение профиля по шкале Sc (аутизация) поведения.

Этот профиль указывает на то, что поведение пациентки определяется доминирующей потребностью в признании и востребованности, она ощущает нехватку внимания и положительного подкрепления. Наряду со сказанным у нее отмечается сочетание повышенной активности с ощущением враждебности со стороны окружающих, что затрудняет межличностные контакты. Сочетание подъемов по 9-й, 3-й и 8-й шкалам свидетельствует о недостаточной способности к последовательным действиям и логическим построениям.

Пациентка нуждается в

- фармакотерапии
- однократной психологической консультации
- психотерапии

- создании особых условий для получения высшего образования

В процессе индивидуальной личностно ориентированной терапии следует

- переговорить с родными пациентки, чтобы они усилили ее психологическую опеку и взяли на себя дополнительные обязанности
- посоветовать пациентке чаще обращаться за поддержкой к родителям
- прямо указать пациентке на необходимость вести более самостоятельный и независимый образ жизни
- обратить внимание пациентки на перенесенные в детстве соматические заболевания и отношения к ним родителей

В ходе индивидуальной личностно ориентированной терапии пациентке следует создавать безопасную психологическую атмосферу и

- давать постоянную интерпретацию ее высказываний и переживаний в ключе ее продолжающейся символической зависимости от родных
- мягко побуждать ее к осознанию ее симптомов как выражение глубинных переживаний, связанных со страхом автономии, сформировавшихся в детстве
- настойчиво фиксировать ее внимание на избегающем стиле поведения и побуждать к открытому выражению негативных чувств
- мягко побуждать ее к осознанию принципиальной важности активного поведения в формировании отношений с семьей

В процессе личностно-ориентированной поддерживающей терапии целесообразно постепенно

- развивать навыки конфронтации с родителями
- подводить пациентку к освоению новых форм поведения (прогнозирование, сотрудничество, внимание к потребностям других людей)
- оказывать всяческую поддержку, сочувствие, помощь в разрешении сложных семейных ситуаций
- оказывать нарастающую психологическую поддержку пациентке с целью формирования у нее крепкого здоровья

На завершающих этапах терапии целесообразно ориентировать пациентку на

- развивать навыки конфронтации с родителями
- подводить пациентку к освоению новых форм поведения (прогнозирование, сотрудничество, внимание к потребностям других людей)

- оказывать всяческую поддержку, сочувствие, помощь в разрешении сложных семейных ситуаций
- оказывать нарастающую психологическую поддержку пациентке с целью формирования у нее крепкого здоровья

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На амбулаторном приеме у врача-психиатра мужчина 24 года.

Жалобы

На эпизоды выраженной беспричинной тревоги длительностью 2-5 минут, проявляющиеся в страхе смерти, страхе сойти с ума, ощущением нереальности внешней обстановки, сопровождающиеся учащением сердцебиения, сбивчивостью дыхания, чувством нехватки воздуха, потливостью стоп и ладоней.

Анамнез заболевания

- * Впервые болезненное состояние возникло, когда пациенту был 21 год, во время первого употребления курительных смесей, длилось 20 минут.
- * При последующих эпизодах употребления ПАВ (2-3 раза в неделю в течение полугода) подобных приступов не возникало.
- * Через 4 месяца в период болезненного расставания с девушкой во время длительной поездки в метро снова внезапно усилилась тревога, вслед за чем появились вышеописанные симптомы.
- * В последующем приступы паники участились до 2-3 раз в неделю, могли появляться во время длительных поездок в общественном транспорте, в кинотеатре, при конфликтах с окружающими, ограничении временных рамок на работе, а также и при отсутствии стрессовых факторов – отдых дома за просмотром телевизора.
- * Стал избегать ситуаций, провоцирующих приступы. Отказался пользоваться общественным транспортом, передвигался на личном автомобиле, где, отвлекаясь на процесс вождения, чувствовал себя "более расслабленным", реже посещал кинотеатры, а пребывая в ночных клубах для снятия тревоги употреблял алкогольные коктейли

Анамнез жизни

- * Наследственность отягощена аффективным расстройством у матери и

зависимостью от алкоголя у отца

* До 11 лет испытывал страх темноты, в связи с чем просил родителей оставлять открытой дверь в его комнату, спал при включенном свете

* По характеру активный, коммуникабельный, требовательный к окружающим, стремящийся к превосходству над ними

* Образование – незаконченное высшее

* Работал в фирме, занимавшейся автострахованием

* Не женат, к вступлению в брак не стремится, так как считает, что ресурсов для содержания семьи недостаточно.

* Курит до 20 сигарет в день с 16 лет

Объективный статус

* На приеме тревожен, напряжен, потирает ладони.

* В беседе неохотно делится переживаниями, анамнестические сведения излагает ответами на вопросы.

* Тяготеет к наличию вышеописанных симптомов, высказывает опасения «стать сумасшедшим и потерять над собой контроль».

* Отмечается ипохондрическая фиксация на описываемых кризах, предполагает, что они могут являться симптомами серьезных заболеваний и «привести к смерти».

Учитывая жалобы, данные анамнеза, психический статус пациента и данные объективных исследований, больному можно поставить диагноз

- развивать навыки конфронтации с родителями
- подводить пациентку к освоению новых форм поведения (прогнозирование, сотрудничество, внимание к потребностям других людей)
- оказывать всяческую поддержку, сочувствие, помощь в разрешении сложных семейных ситуаций
- оказывать нарастающую психологическую поддержку пациентке с целью формирования у нее крепкого здоровья

Диагноз

Паническое расстройство

Агорафобия с паническим расстройством

Генерализованное тревожное расстройство

Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы

Шкала тревоги + _____ + позволяет определить уровни реактивной и личностной тревожности

- Спилбергера
- Бека
- Гамильтона
- Шихана

Данное расстройство стоит дифференцировать с

- патологией поджелудочной железы
- патологией печени
- гипоталамическим расстройством
- гиперпаратиреозом

Степень тяжести данного расстройства согласно анамнезу соответствует

- легкой
- тяжелой
- крайне тяжелой
- умеренной

Длительность фармакотерапии панического расстройства составляет от

- 6 до 12 месяцев с начала приема препаратов
- 3 до 6 месяцев с начала приема препаратов
- 6 до 12 месяцев после наступления терапевтического эффекта
- 3 до 6 месяцев после наступления терапевтического эффекта

Препараты из группы + _____ + следует назначать данному пациенту с осторожностью

- седативных препаратов растительного происхождения

- бензодиазепиновых транквилизаторов
- небензодиазепиновых транквилизаторов
- седативных нейролептиков

С целью снижения уровня тревоги и эмоционального напряжения используются

- небензодиазепиновые анксиолитики
- антидепрессанты из группы СИОЗС и малые антидепрессанты
- малые нейролептики и низкие дозы больших нейролептиков
- нормотимики

С целью воздействия на когнитивную составляющую тревожных и фобических нарушений следует назначить

- антидепрессанты из группы СИОЗС
- бензодиазепиновые транквилизаторы
- малые нейролептики
- низкие дозы больших нейролептиков

Рекомендуемые дозировки сертралина при терапии данного расстройства составляют + ____ + мг

- 50-100
- 100-150
- 100-200
- 50-200

Небензодиазепиновые анксиолитики назначаются с целью

- быстрого воздействия на тревожную симптоматику
- коррекции нарушений сна
- снижения уровня тревоги и эмоционального напряжения
- купирования панического приступа

Распространенность панического расстройства среди населения составляет + _____ +%

- 0,1-3
- 2-5
- 12-34
- 5-12

При паническом расстройстве данные большинства эпидемиологических исследований показывают

- 0,1-3
- 2-5
- 12-34
- 5-12

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На амбулаторном приеме у врача психиатра девушка 25 лет, обратилась самостоятельно.

Жалобы

На эпизоды повышенной тревожности со страхом сойти с ума, сопровождающиеся учащенным сердцебиением, чувством сдавления груди, похолоданием конечностей, длительностью в 5-10 минут, дискомфорт в транспорте, невозможность выйти на нужной остановке в связи с ожиданием «неадекватного поведения» со своей стороны, страха возвращения панических состояний, боязнь осуждения со стороны, ночные пробуждения (примерно в 3 часа) от чувства страха, нехватки воздуха, ощущения сдавления в груди, сопровождающихся учащением сердцебиения, повышенной потливостью

Анамнез заболевания

* 6 месяцев назад на фоне психоэмоциональных нагрузок (совмещение работы с учебой), вынужденного нарушения режима сна и бодрствования однажды потеряла сознание во время поездки в метро (закружилась голова).

* Появился и постепенно стал нарастать страх перемещения вне дома.

* Опасалась остаться без помощи при повторной потере сознания.

* В последующем при движении в общественном транспорте, посещении торговых центров 2-3 раза в неделю случались эпизоды сильной тревоги со страхом потерять над собой контроль, сопровождающиеся учащением частоты сердечных сокращений, чувством похолодания ладоней, нехватки воздуха, которые длились не менее 5-10 минут.

* 3 месяца назад появились пробуждения среди ночи от внезапно возникающего учащенного сердцебиения, чувства страха за свою жизнь, ощущения «давления на грудь», затрудненным вдохом, повышенной потливостью.

Анамнез жизни

- Наследственность отягощена злоупотреблением алкоголем матерью
- Больная формировалась активной, энергичной, дружелюбной, общительной, решительной. Часто хулиганила, любила общаться с мальчиками, стремилась к лидерству.
- увлекалась чтением книг, любила животных, занималась спортом: лыжи, баскетбол, бег, гимнастика, стремилась к лучшим результатам, за что не получала похвалу и испытывала обиду.
- В школе училась хорошо, предпочитала гуманитарные науки. Общалась с большими компаниями мальчиков и девочек, была лидером, часто хулиганили.
- образование незаконченное высшее – учится на экономическом факультете в коммерческом вузе;
- Любила ухаживать за лошадьми, чтобы покататься на них занималась уборкой конюшен
- Подрабатывает в фирме занимающейся иппотерапией
- Не замужем, детей не имеет
- курит с 15 лет до 20 сигарет в день.

Объективный статус

- Одеты аккуратно, следит за собой;
- На приеме беспокойна, суетлива, часто меняет позы, напряжена
- Голос звонкий, модулированный.
- В контакт вступает охотно, активно ищет помощи и сочувствия.
- Речь в несколько ускоренном темпе
- Легко формулирует жалобы, подробно
- Отмечается лабильность вегетативных реакций – потливость ладоней, покраснение кожи лица и шеи

- Интересуется планом обследования, высказывает подозрения о наличии серьезного заболевания сердца
- Суждения излишне категоричные
- Обидчива, помнит в деталях, когда и каким образом обижали мать, коллеги.
- Себя описывает активной, коммуникабельной, «с крепким стержнем», пунктуальной, ответственной, стремящейся к порядку.

Учитывая жалобы, данные анамнеза, психически больной можно поставить диагноз

- 0,1-3
- 2-5
- 12-34
- 5-12

Диагноз

Паническое расстройство

Агорафобия с паническим расстройством

Генерализованное тревожное расстройство

Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы

Для установки диагноза чтобы несколько тяжелых панических состояний происходили в течение

- полугода
- нескольких суток
- месяца
- одних суток

В качестве скринингового метода выявления данного расстройства используется шкала тревоги

- Гамильтона
- Спилбергера

- Шихана
- Бека

Данное расстройство необходимо дифференцировать с

- гипертиреозом
- гиперпролактинемией
- гипергликемией
- гиперпаратиреозом

Длительность фармакотерапии панического расстройства составляет от

- 6 до 12 месяцев после наступления терапевтического эффекта
- 3 до 6 месяцев после наступления терапевтического эффекта
- 6 до 12 месяцев с начала приема препаратов
- 3 до 6 месяцев с начала приема препаратов

В качестве препаратов для купирования панических приступов применяются

- бензодиазепиновые транквилизаторы
- седативные препараты растительного происхождения
- небензодиазепиновые транквилизаторы
- седативные нейролептики

С целью снижения уровня тревоги и эмоционального напряжения используются

- небензодиазепиновые анксиолитики
- малые нейролептики и низкие дозы классических нейролептиков
- антидепрессанты из группы СИОЗС и малые антидепрессанты
- нормотимики

С целью воздействия на когнитивную составляющую тревожных и фобических нарушений следует назначить

- антидепрессанты из группы СИОЗС
- низкие дозы классических нейролептиков
- бензодиазепиновые транквилизаторы
- малые нейролептики

Рекомендуемые дозировки пароксетина при терапии данного расстройства составляют + _____ + мг

- 40-60
- 20-60

- 20-40
- 40-80

Небензодиазепиновые анксиолитики назначаются с целью

- снижения уровня тревоги и эмоционального напряжения
- коррекции нарушений сна
- быстрого воздействия на тревожную симптоматику
- купирования панического приступа

Течение панического расстройства, при котором возникает по меньшей мере 4 панические атаки в четырехнедельный период указывает на

- тяжелую степень тяжести
- легкую степень тяжести
- умеренную степень тяжести
- наличия коморбидного депрессивного заболевания

Распространенность панического расстройства среди населения составляет + _____ +%

- тяжелую степень тяжести
- легкую степень тяжести
- умеренную степень тяжести
- наличия коморбидного депрессивного заболевания

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 38 лет впервые обратилась к врачу-психиатру .

Жалобы

На подавленное настроение, снижение интереса и удовольствия от обычно приятной активности, снижение работоспособности, тревожные опасения, нарушение сна по типу трудности засыпания, нарушения концентрации внимания и памяти.

Анамнез заболевания

* Анамнестические сведения собраны со слов больной.

* В течение полутора лет беспокоит апатия, подавленность, неспособность испытывать радость от привычных вещей, снижение концентрации внимания, ухудшение памяти. Связывала данное состояние с конфликтами в семье,

отсутствием поддержки со стороны мужа. Год назад развелась с ним, переехала к матери, которая взяла на себя большую часть обязанностей по уходу за ребенком. По разрешению работодателя полгода назад начала работать удаленно, однако с трудом справлялась с обязанностями, испытывала апатию, рассеянность, чувство усталости. Стала сожалеть о разводе, поняла, что совершила ошибку, появилось чувство вины перед бывшим мужем, ребенком и матерью.

Анамнез жизни

* Из ближайших родственников к психиатру никто не обращался. Отец умер в результате несчастного случая еще до рождения пациентки, сведений о нем и его семье нет.

* Родилась путем кесарева сечения. Матери на момент родов было 35 лет. Раннее развитие соответствовало возрастным нормам.

* По характеру формировалась активной, в коллективе стремилась к лидерству, близких подруг не имела.

* В школе училась на «отлично». В дальнейшем окончила факультет рекламы и связей с общественностью. После окончания вуза устроилась работать по специальности, быстро продвигалась по карьерной лестнице, к настоящему моменту занимает позицию топ-менеджера.

* Менструации с 13 лет, цикл установился сразу.

* Вступила в брак в возрасте 28 лет, в семье занимала лидирующую позицию, полностью финансово обеспечивала семью. В 32 года впервые забеременела, беременность протекала нормально, роды в срок, естественным путем. В декретный отпуск не уходила, быстро вернулась к работе, за ребенком ухаживали няни, супруг. В 37 лет развелась с мужем.

* Табак, алкоголь и другие психоактивные вещества не употребляет.

Объективный статус

Контакту доступна. Выглядит соответственно возрасту. Нормального телосложения и питания. Опрятна, ухожена, косметика на лице отсутствует, волосы уложены в аккуратную прическу. Выражение лица беспокойное, на глазах слезы. Мимические реакции живые, адекватные темам беседы. Поза напряженная, движения суетливые. Голос тихий, интонационно модулированный, речь сбивчива. На вопросы отвечает в плане заданного, подробно описывает свое состояние, фиксируется на теме взаимоотношений с

бывшим мужем, в беседе неоднократно возвращается к этой теме, винит себя в том, что не смогла сохранить брак, оказалась «несостоятельной», «бесполезной». Испытывает постоянное внутреннее напряжение, тревогу за свое состояние, за будущее, сожаления о прошлых ошибках. Фон настроения снижен, настроение ситуативно колеблется. Сон нарушен по типу трудностей при засыпании. Ложится спать не раньше часа ночи, долго не может уснуть, «прокручивает» в мыслях предстоящие дела. Отмечает снижение аппетита, при этом вес значительно не менялся. Суицидальные мысли отрицает.

Учитывая данные анамнеза, психического статуса пациентке можно поставить диагноз (МКБ-10)

- тяжелую степень тяжести
- легкую степень тяжести
- умеренную степень тяжести
- наличии коморбидного депрессивного заболевания

Диагноз

F32.10. Депрессивный эпизод умеренной степени без соматических симптомов

F32.2 Депрессивный эпизод тяжелой степени без психотических симптомов

F33.00. Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод легкой степени с соматическими симптомами

F34.1. Дистимия

По синдромальной структуре депрессия у данной пациентки является

- тревожно-апатической
- тревожно-ажитированной
- тоскливо-апатической
- тоскливо-тревожной

На этапе купирующей терапии пациентке следует назначить фармакотерапию

- антипсихотиком
- анксиолитиком
- антидепрессантом
- препаратом лития

Препаратами первого ряда в данном случае являются

- селективные ингибиторы обратного захвата норадреналина и дофамина
- селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
- трициклические антидепрессанты
- селективные ингибиторы обратного захвата норадреналина

В качестве адъюнктивной терапии в дополнение к антидепрессанту из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина пациентке может быть назначен

- ноотроп
- тимостабилизатор
- антипсихотик
- анксиолитик

Продолжительность применения бензодиазепиновых транквилизаторов не должна превышать

- 3 недель
- 6 недель
- 2 месяцев
- 1 недели

Среди антидепрессантов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина наиболее выраженным анксиолитическим и седативным эффектом в первые недели терапии обладает

- сертралин
- флувоксамин
- флуоксетин
- пароксетин

Среди антидепрессантов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина наиболее выраженным анорексигенным эффектом обладает

- флуоксетин
- пароксетин
- эсциталопрам
- флувоксамин

Преимуществом мirtазапина по сравнению с селективными ингибиторами обратного захвата серотонина в данном случае является более выраженный с первых недель терапии + _____ + эффект

- антиастенический
- антидепрессивный
- анксиолитический
- ноотропный

В случае недостаточного клинического эффекта в течение 3-4-х недель купирующей терапии (редукции симптоматики на 25-50%) следует

- повысить дозу антидепрессанта до максимальной
- добавить к схеме лечения триодтиронин
- добавить к схеме лечения трифлуоперазин
- отменить препарат и назначить антидепрессант из группы ингибиторов моноаминоксидазы

В случае отсутствия эффекта в течение 3-4-х недель купирующей терапии (редукции симптоматики менее, чем на 25%) или плохой переносимости следует

- добавить к схеме лечения карбамазепин
- добавить к схеме лечения L-триптофан
- отменить фармакотерапию и назначить психотерапию
- отменить препарат и назначить антидепрессант с другим механизмом действия

В случае достижения лишь частичного терапевтического ответа (редукции симптоматики на 25-50%) после двух последовательно и адекватно проведенных курсов монотерапии антидепрессантом пациентке показана аугментация эффекта антидепрессанта

- добавить к схеме лечения карбамазепин
- добавить к схеме лечения L-триптофан
- отменить фармакотерапию и назначить психотерапию
- отменить препарат и назначить антидепрессант с другим механизмом действия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 52 лет была доставлена в приемное отделение психиатрической больницы бригадой скорой медицинской помощи.

Жалобы

Самостоятельно не высказывает.

Анамнез заболевания

* Анамнестические сведения собраны со слов мужа и по данным сопроводительной медицинской документации.

* Психические расстройства у пациентки впервые возникли в возрасте 40 лет; связывает их появление с конфликтами с бывшим супругом, с которым проживала в одной квартире. В течение полугода наблюдалась бессонница с ранними утренними пробуждениями, апатия, отсутствие сил, снижение аппетита и веса (на 10-12кг). Периодически возникали эпизоды двигательного возбуждения; в таком состоянии попыталась выброситься из окна, была остановлена бывшим мужем и госпитализирована по его инициативе. Находилась на лечении в психиатрической больнице около 2-х месяцев. В дальнейшем наблюдалась в течение 3-х лет в ПНД по месту жительства, принимала поддерживающую терапию (кветиапин 100 мг, флувоксамин 100 мг). Состояние было стабильным, продолжала работать по специальности, разъехалась с бывшим мужем, проживала вместе с другим мужчиной в неофициальном браке. После отмены терапии состояние оставалось устойчивым, значительных колебаний настроения не отмечала в течение 4-х лет.

* Состояние ухудшилось в возрасте 48 лет после гибели сына в результате алкогольного отравления. Тяжело переживала утрату, постоянно плакала, испытывала чувство безысходности, ходила на кладбище, обвиняла себя в его смерти, так как уделяла мало внимания, заботы. Перестала следить за собой, снизился аппетит. Через 8 месяцев самостоятельно обратилась в ПНД, проходила лечение в условиях дневного стационара, принимала флюанксол 5 мг, amitriptilin 100 мг. Состояние улучшилось, принимала препараты около года, затем самостоятельно отменила из-за значительного набора веса.

* Настоящее обострение симптоматики возникло 1,5 месяца назад, без явных причин. Стало трудно справляться с работой, ухудшился сон: появились трудности при засыпании, частые ночные пробуждения, рано просыпалась. Ощущала тревогу, снижение аппетита, похудела на 10кг. Появилась заторможенность, трудность концентрацией внимания, ухудшилась память. На планерке руководством детского сада было сделано замечание о том, что репертуар, который пациентка использовала в своей работе, устарел. Для

примера ей дали посмотреть диски предыдущего музыкального руководителя. Была впечатлена его работой, поняла, что не сможет соответствовать такому уровню, так как недостаточно компетентна. Стала замечать, что начальница и коллеги постоянно намекают на ее профессиональную несостоятельность. Иногда казалось, что прохожие на улице и в транспорте смотрят на нее неодобрительно, насмешливо. Однажды, придя на работу к 7 утра, чтобы подготовиться к предстоящему празднику, обнаружила, что нет ни коллег, ни детей, расценила это как проявление презрения к себе со стороны коллег и родителей детей. На следующий день подала заявление на увольнение, положенные две недели не смогла отработать, так как уже не было «ни физических, ни психических сил». В течение последующих трех суток практически не спала, застывала в одной позе, путались мысли, испытывала страх, казалось, что за дверью находятся посторонние люди, которые могут проникнуть в квартиру и навредить ей. Муж вызвал психиатрическую бригаду, была доставлена в приемное отделение психиатрической больницы.

Анамнез жизни

- * Наследственность психопатологически отягощена: тетя по линии матери неоднократно лечилась в психиатрической больнице (подробности не известны).
- * Перинатальный анамнез, раннее развитие без патологии.
- * По характеру с детства была застенчивой, замкнутой, с трудом сходилась со сверстниками.
- * Трудностей в обучении в общеобразовательной школе не имела, училась также в музыкальной школе, которую успешно окончила. В дальнейшем получила среднее музыкальное образование, специальность – музыкальный педагог, работает по специальности.
- * В возрасте 22 лет перенесла туберкулез легких (прошла полный курс лечения в туберкулезной больнице);
- * В возрасте ~ 45 лет был диагностирован узловой зоб с гипотиреозом (принимает L-тироксин).
- * В возрасте 24 лет вышла замуж; в браке родила сына, который умер в 23 года от алкогольного отравления. С мужем развелась официально в 34 года.
- * Табак, алкоголь и другие психоактивные вещества не употребляет.

* Менопауза с 49 лет.

Объективный статус

Пациентка резко заторможена, контакту малодоступна, сидит в однообразной позе, ссутулившись и опустив голову, периодически тяжело вздыхает. Мимика страдальческая, уголки губ опущены, кожа бледная и сухая. Мышцы напряжены, походка, движения крайне замедлены, инструкции не всегда выполняет. На вопросы отвечает тихим, глухим голосом, односложно, после продолжительных пауз. Отрицает наличие расстройств восприятия, поведением не обнаруживает. Подтверждает, что в течение последних нескольких суток ощущала внешнюю угрозу, при этом не могла двигаться. Подтверждает суицидальные мысли: хотела прыгнуть с балкона, но не было сил дойти до него.

В качестве дополнительных методов обследования перед установлением диагноза и назначением терапии целесообразно выполнить

- добавить к схеме лечения карбамазепин
- добавить к схеме лечения L-триптофан
- отменить фармакотерапию и назначить психотерапию
- отменить препарат и назначить антидепрессант с другим механизмом действия

Результаты обследования

Общий (клинический) и биохимический анализы крови

[options="header", cols="55%,55%,55%"]

|====

a| Наименование a| Результат a| Норма

a| Гемоглобин a| 122,0 a| 120,0 - 140,0 г/л

a| Гематокрит a| 43,3 a| 35,0 - 47,0%

a| Лейкоциты a| 9,2 a| 4,00 - 9,00 *10⁹/л

a| Эритроциты a| 4,32 a| 4,00 - 5,70 *10¹²/л

a| Тромбоциты a| 185,0 a| 150,0 - 320,0 *10⁹/л

a| Лимфоциты a| 25,4 a| 17,0 - 48,0 %

a| Моноциты a| 7,5 a| 2,0 - 10,0 %

a| Нейтрофилы a| 61,5 a| 48,00 - 78,00 %

a| Эозинофилы a| 5,8 a| 0,0 - 6,0 %

a| Базофилы a| 0,0 a| 0,0 - 1,0 %

a| MCV a| 90,2 a| 80 – 100 fl

a| СОЭ a| 16 a| 2 – 20 мм/час

|====

[options="header", cols="55%,55%,55%"]

|====

a| Наименование a| Результат a| Нормы

a| Белок общий, г/л a| 73 a| 64-83

a| Альбумин, г/л a| 37,8 a| 30-50

a| Мочевина, ммоль/л a| 5,8 a| 1,7-8,3

a| Креатинин, мкмоль/л a| 95 a| 80-115

a| Общий билирубин, мкмоль/л a| 13,1 a| <20

a| Глюкоза, ммоль/л a| 4,4 a| 4,1-5,9

a| Общий холестерин, ммоль/л a| 4,8 a| 3,3-5,2

a| Триглицериды, ммоль/л a| 1,41 a| 0,1-1,7

a| ЛПНП, ммоль/л a| 2,5 a| 1,1-3,0

a| КФК a| 89 a| 35-165

a| АСТ, Ед/л a| 19 a| 4-32

а| АЛТ, Ед/л а| 15 а| 7-31

|====

Скрининг функции щитовидной железы

[options="header", cols="55%,55%,55%"]

|====

а| Наименование а| Результат а| Нормы

а| ТТГ, мЕд/мл а| 3,89 а| 0,4-4,0

а| Т4 свободный, пмоль/л а| 9,6 а| 9,00 – 19,05

а| Антитела к тиреоидной пероксидазе, Ед/мл а| 4,2 а| <5,6

|====

Электрокардиография

Синусовый ритм с ЧСС 78 в мин. Нормальное положение ЭОС. Данных за ишемию миокарда и гипертрофию не получено.

Электроэнцефалография

Эпилептиформной и фокальной активности не отмечается.

Определение циркулирующих иммунных комплексов в сыворотке крови

Уровень циркулирующих иммунных комплексов 3 Ед/мл (норма <20 Ед/мл)

Определение уровня адренокортикотропного гормона в плазме крови

Уровень адренокортикотропного гормона: 29 пг/мл (норма <46 пг/мл).

Учитывая данные анамнеза, психического статуса, проведенного обследования пациентке можно поставить диагноз (МКБ-10)

- добавить к схеме лечения карбамазепин
- добавить к схеме лечения L-триптофан
- отменить фармакотерапию и назначить психотерапию
- отменить препарат и назначить антидепрессант с другим механизмом действия

Диагноз

F33.3. Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами

F32.2 Депрессивный эпизод тяжелой степени без психотических симптомов

F31.5. Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами

F31.6 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод смешанного характера

У пациентки выявляются бредовые идеи

- отравления, ущерба
- унижения, отношения
- греховности, виновности
- преследования, воздействия

К симптомам депрессивного ступора, выявляемым у данной пациентки, относятся

- застывание в причудливых позах, восковая гибкость
- обездвиженность с выразительной позой, сохранение реакций на значимые внешние события
- полная обездвиженность, мутизм, негативизм
- двигательная заторможенность, односложность ответов

По механизму возникновения данный депрессивный эпизод следует считать

- аутохтонным
- соматогенным
- нозогенным
- реактивным

Дифференциальный диагноз следует провести в первую очередь с

- органическим бредовым (шизофреноподобным) расстройством
- шизоаффективным расстройством, депрессивный тип
- параноидным расстройством личности
- параноидной шизофренией

На этапе купирующей терапии пациентке показано назначение комбинации антидепрессанта и

- нормотимика-антиконвульсанта
- препарата лития
- бензодиазепинового транквилизатора
- антипсихотика

Антидепрессантами первого ряда в данном случае являются

- селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
- трициклические
- ингибиторы моноаминооксидазы
- мелатонинергические

К антипсихотикам первого ряда в данном случае относится

- хлорпромазин
- кветиапин
- сертиндол
- тиаприд

Преимуществом применения антипсихотиков второго поколения по сравнению с препаратами первого поколения является

- возможность одномоментной отмены сразу после купирования психотической симптоматики
- более мощный и быстрый антипсихотический эффект
- меньший риск возникновения экстрапирамидных симптомов
- возможность парентерального способа введения

При проведении продолженной (противорецидивной) терапии у данной пациентки должна применяться стратегия

- прекращения терапии антидепрессантом по завершении долечивающей терапии (6 месяцев) с ранним началом лечения при первых признаках рецидива
- продолжения терапии антидепрессантом в редуцированной дозе
- продолжения терапии антидепрессантом в полной терапевтической дозе
- продолжения терапии антидепрессантом в минимальной терапевтической дозе

На втором этапе купирующей терапии у данной пациентки, в случае отсутствия эффекта и плохой переносимости назначенного антидепрессанта в течение первых 3-4 недель терапии, следует

- прекращения терапии антидепрессантом по завершении долечивающей терапии (6 месяцев) с ранним началом лечения при первых признаках рецидива
- продолжения терапии антидепрессантом в редуцированной дозе
- продолжения терапии антидепрессантом в полной терапевтической дозе
- продолжения терапии антидепрессантом в минимальной терапевтической дозе

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчину 38 лет супруга привела на прием к врачу-психиатру.

Жалобы

На навязчивые мысли о суициде, ранние утренние пробуждения в 4-5 часов с невозможностью последующего засыпания.

Анамнез заболевания

* Анамнестические сведения собраны со слов пациента и его супруги.

* В возрасте 31 года впервые отмечал снижение настроения с навязчивыми размышлениями о собственной несостоятельности, сильным чувством напряжения, беспричинной тревогой, бессонницей, снижением работоспособности. Через 2 месяца обратился к психиатру по месту жительства, проходил лечение в условиях дневного стационара в течение 2 месяцев с положительным эффектом. Принимал пароксетин 20 мг, хлорпротиксен 50 мг в течение года. В дальнейшем состояние оставалось неустойчивым, периодически возобновлялась легко выраженная тревожно-депрессивная симптоматика. В 35 лет состояние ухудшилось, возникла сильная тревога, напряжение, подавленность, чувство вины, апатия, анэргия, бессонница, снизился аппетит, нарушился сон. Обратился к психиатру частным образом, были назначены венлафаксин до 150 мг и феназепам 2 мг. На фоне данной терапии состояние стабилизировалось, установилась ремиссия. Принимал препараты в течение 2 лет, год назад самостоятельно отменил лечение.

* Психическое состояние стало ухудшаться за два месяца до настоящего обращения, появилась бессонница, тревога, подавленное настроение, пропал аппетит, нарушилась концентрация внимания, перестал справляться с работой.

3 недели назад на работе внезапно ощутил сильный страх, мир стал казаться нереальным, лица сослуживцев – «мертвенно белыми». По совету жены пошел в церковь, побеседовал с батюшкой. После этого «осознал», что им «овладела нечистая сила», появились мысли о своей греховности и неизбежности наказания. Стали возникать навязчивые представления о том, как совершает кощунственные действия в церкви, оскверняет алтарь, испытывал страх потерять контроль над собой, причинить вред своим детям. Перестал ходить на работу, отказывался принимать пищу, целыми днями залеживался в постели, вечерами становился беспокойным, бесцельно бродил по квартире, говорил жене, что ей следует срочно уехать с детьми к родственникам, так как семье грозят несчастья из-за него. Супругой был приведен на прием к участковому психиатру.

Анамнез жизни

- * Из ближайших родственников к психиатру никто не обращался.
- * Перинатальный анамнез, раннее развитие без патологии.
- * По характеру в детстве был тревожным, нерешительным, несколько замкнутым.
- * В школьные годы значительных трудностей в адаптации не отмечал, имел друзей, учился хорошо.
- * Имеет высшее образование, работает инженером.
- * В 25 лет женился, от брака имеет троих детей.
- * Табак, алкоголь и другие психоактивные вещества не употребляет.

Объективный статус

Доступен контакту, походка замедленная, сидит в согбенной позе, не меняет ее на протяжении беседы, смотрит в пол. Мимика однообразная, взгляд скорбный. Фон настроения резко снижен, в беседе заторможен, на вопросы отвечает кратко. Предъявляет жалобы на нарушение сна в виде трудности засыпания до 2-3 часов и ранних утренних пробуждений – в 4-5 часов утра – с невозможностью последующего засыпания; на неконтролируемый наплыв образов, представлений агрессивного и аутоагрессивного содержания. Так, возникают яркие образные представления о том, как он совершает суицидальные действия: прыгает из окна, вскрывает вены, вешается на шнуре, привязанном к решетке окна. Пациент считает, что «им овладели нечистые силы и теперь уже не отпустят», многократно повторяет, что «несет наказание за

свои грехи», так как всю жизнь был распущенным и эгоистичным, совершал проступки, о которых «даже вспоминать страшно». Говорит, что только его смерть «избавит от страданий» его семью. Мышление замедлено, тугоподвижно, отмечается снижение памяти на текущие и прошлые события, рассеянность внимания.

Обследование и лечение данного пациента следует проводить в

- условиях психиатрического стационара
- условиях отделения дневного стационара психоневрологического диспансера
- условиях отделения интенсивного оказания психиатрической помощи психоневрологического диспансера
- амбулаторных условиях с периодическим посещением кабинета участкового врача-психиатра

Необходимыми при госпитализации лабораторными методами обследования являются

- условиях психиатрического стационара
- условиях отделения дневного стационара психоневрологического диспансера
- условиях отделения интенсивного оказания психиатрической помощи психоневрологического диспансера
- амбулаторных условиях с периодическим посещением кабинета участкового врача-психиатра

Результаты обследования

Клинический и биохимический анализы крови

[options="header", cols="55%,55%,55%"]

|====

а| Наименование а| Результат а| Норма

а| Гемоглобин а| 132,0 а| 130,0 - 160,0 г/л

а| Гематокрит а| 45,4 а| 35,0 - 47,0%

а| Лейкоциты а| 8,5 а| 4,00 - 9,00 *10⁹/л

а| Эритроциты а| 4,97 а| 4,00 - 5,70 *10¹²/л

a| Тромбоциты a| 230,0 a| 150,0 - 320,0 *10⁹/л

a| Лимфоциты a| 33,8 a| 17,0 - 48,0 %

a| Моноциты a| 7,3 a| 2,0 - 10,0 %

a| Нейтрофилы a| 55,7 a| 48,00 - 78,00 %

a| Эозинофилы a| 3,2 a| 0,0 - 6,0 %

a| Базофилы a| 0,0 a| 0,0 - 1,0 %

a| MCV a| 89,7 a| 80 – 100 fl

a| СОЭ a| 12 a| 2 – 20 мм/час

|====

[options="header", cols="55%,55%,55%"]

|====

a| Наименование a| Результат a| Нормы

a| Белок общий, г/л a| 72 a| 64-83

a| Альбумин, г/л a| 44,8 a| 30-50

a| Мочевина, ммоль/л a| 4,7 a| 1,7-8,3

a| Креатинин, мкмоль/л a| 82 a| 80-115

a| Общий билирубин, мкмоль/л a| 9,1 a| <20

a| Глюкоза, ммоль/л a| 4,7 a| 4,1-5,9

a| Общий холестерин, ммоль/л a| 5,7 a| 3,3-5,2

a| Триглицериды, ммоль/л a| 0,97 a| 0,1-1,7

а| ЛПНП, ммоль/л а| 2,9 а| 1,1-3,0

а| КФК а| 85 а| 35-165

а| АСТ, Ед/л а| 21 а| 4-32

а| АЛТ, Ед/л а| 13 а| 7-31

|====

Бактериологическое исследование кала на патогенную кишечную флору
Shigella spp., Salmonella не обнаружены

Общий анализ мочи

[options="header", cols="55%,55%,55%"]

|====

а| Наименование а| Результат а| Нормы

а| Цвет а| соломенный а|

а| Прозрачность а| полная а|

а| Относительная плотность а| 1009 а| 1003 - 1035

а| рН а| 7,0 а| 5,0 – 8,0

а| Белок г/л а| отрицат. а| отрицательно

а| Глюкоза (сахар) ммоль/л а| отрицат. а| отрицательно

а| Кетоновые тела ммоль/л а| отрицат. а| отрицательно

а| Уробилиноген мкмоль/л а| отрицат. а| отрицательно

а| Билирубин а| отрицат. а| отрицательно

а| Лейкоцитарная эстераза а| отрицат. а| отрицательно

а| Эпителий плоский в п/зр. а| не обнар а| < 5

а| Эпителий переходный в п/зр. а| не обнар. а| < 1

а| Эпителий почечный в п/зр. а| не обнар. а| отсутствует

а| Лейкоциты в п/зр. а| не обнар. а| < 5

а| Эритроциты в п/зр. а| не обнар. а| < 2

а| Цилиндры в п/зр. а| не обнар. а| отсутствуют

а| Соли а| не обнар. а| отсутствуют

а| Слизь а| не обнар. а| отсут./незн.кол.

а| Бактерии а| не обнар. а| отсутствуют

|====

Определение уровня кортизола в суточной моче

Суточная экскреция: 385,2 нмоль/сут (норма <485,6 нмоль/сут)

Исследование уровня лития в крови

Концентрация лития в крови: 1,895 мкг/л (нетерапевтическая норма 0,24 - 84 мкг/л).

Определение уровня иммуноглобулинов в крови

[options="header", cols="55%,55%,55%"]

|====

а| Наименование а| Результат а| Нормы

а| Иммуноглобулин А, г/л а| 3,2 а| 0,7-4,0

а| Иммуноглобулин М, г/л а| 1,83 а| 0,22-2,4

а| Иммуноглобулин G, г/л а| 17,2 а| 5,4-18,22

a | Иммуноглобулин E, ME/мл a | 52,0 a | <100

|=====

Среди инструментальных методов обследования при госпитализации целесообразно проведение

- условиях психиатрического стационара
- условиях отделения дневного стационара психоневрологического диспансера
- условиях отделения интенсивного оказания психиатрической помощи психоневрологического диспансера
- амбулаторных условиях с периодическим посещением кабинета участкового врача-психиатра

Результаты обследования

Электрокардиография

Синусовая тахикардия с ЧСС 92 в мин. Горизонтальное положение ЭОС. Данных за ишемию и гипертрофию миокарда не получено

Электроэнцефалография

Дисфункция подкорковых структур мозга по десинхронному типу. Эпилептиформной и фокальной активности не отмечается.

Обзорная рентгенография органов грудной клетки

При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки легочные поля прозрачны, без очаговых и инфильтративных изменений. Легочный рисунок не изменен. Корни легких структурны, не расширены. Диафрагма с четким, ровным контуром, наружные синусы свободны. Границы сердца в пределах нормы. Аорта без особенностей.

Полисомнография

На гипнограмме определяются укорочение латентного периода быстрого сна, удлинение времени засыпания, снижение представленности глубоких стадий дельта-сна

Ультразвуковое исследование щитовидной железы

Эхографические признаки незначительно выраженных диффузных изменений щитовидной железы

Эхокардиография

Размеры полостей и стенок не увеличены. Морфология и кинетика клапанов не изменены. Систолическая и диастолическая функции сохранены. Дефекты

интракардиальных перегородок не визуализируются. Гемодинамических нарушений не выявлено.

Учитывая данные анамнеза, психического статуса, проведенного обследования больному можно поставить диагноз (МКБ-10)

- условиях психиатрического стационара
- условиях отделения дневного стационара психоневрологического диспансера
- условиях отделения интенсивного оказания психиатрической помощи психоневрологического диспансера
- амбулаторных условиях с периодическим посещением кабинета участкового врача-психиатра

Диагноз

F33.3. Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами

F32.3 Депрессивный эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами

F25.1 Шизоаффективное расстройство, депрессивный тип

F06.32 Психотическое депрессивное расстройство органической природы

Ведущим синдромом в психическом статусе является

- депрессивно-ипохондрический
- психического автоматизма
- тревожно-депрессивный
- депрессивно-бредовой

У пациента наблюдаются бредовые идеи

- громадности, отрицания
- греховности и наказания
- преследования, воздействия
- колдовства, одержимости

На этапе купирующей терапии больному показано назначение

- антидепрессанта в сочетании с антипсихотиком
- антидепрессанта в сочетании с транквилизатором

- антидепрессанта в сочетании с препаратом лития
- монотерапии антидепрессантом

Одним из антидепрессантов, показанных к назначению данному пациенту в качестве препарата первой линии, является

- флуоксетин
- пипофезин
- кломипрамин
- агомелатин

В качестве антипсихотика первой линии данному пациенту показано назначение

- кветиапина
- трифлуоперазина
- зуклопентиксола
- галоперидола

По завершении купирующей и долечивающей терапии (6 месяцев) в данном случае следует

- продолжить фармакотерапию с профилактической целью с применением антидепрессанта в редуцированной дозе
- постепенно снижать дозу антидепрессанта до полной отмены и назначить психотерапию с профилактической целью
- продолжить фармакотерапию с профилактической целью с сохранением дозы антидепрессанта, оказавшейся эффективной в период купирования депрессивной фазы
- постепенно снижать дозу антидепрессанта до полной отмены и проводить активное динамическое наблюдение с ранним началом лечения при первых признаках новой фазы

В случае недостаточного терапевтического эффекта в течение 3-4-х недель купирующей терапии (редукции симптоматики на 25-50%) следует

- провести одномоментную отмену психофармакотерапии
- провести глубокую магнитную стимуляцию мозга
- нарастить дозу антидепрессанта до максимальной
- добавить к схеме лечения антипсихотик первого поколения

В случае ухудшения состояния больного в течение 3-4-х недель фармакотерапии (утяжеления бредовых идей, развитии депрессивного

ступора или раптуса, отказе от приема пищи) следует рассмотреть вопрос о применении

- провести одномоментную отмену психофармакотерапии
- провести глубокую магнитную стимуляцию мозга
- нарастить дозу антидепрессанта до максимальной
- добавить к схеме лечения антипсихотик первого поколения

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 52 лет обратилась к врачу-психиатру по инициативе супруга.

Жалобы

На подавленное настроение, чувство тоски и вины, апатию, отсутствие аппетита, бессонницу в виде ранних утренних пробуждений и отсутствия чувства отдыха после сна, пессимистические мысли о будущем, навязчивые размышления о совершенных ошибках.

Анамнез заболевания

* Анамнестические сведения собраны со слов больной.

* В возрасте 24 лет в послеродовом периоде впервые отмечала снижение настроения, апатию, нехватку энергии, чувство тревоги и напряжения, снижение аппетита. Было тяжело справляться с уходом за ребенком, прибегала к помощи родственников, корила себя за это, ощущала свою «несостоятельность», постоянно тревожилась за ребенка. Состояние улучшилось через полгода, к помощи специалистов не прибегала.

* В возрасте 47 лет вновь снизилось настроение, отмечала «жалость к себе», плаксивость, апатию, ухудшение памяти; нарушение сна, - просыпалась по ночам и затем не могла уснуть, снижение аппетита. Связывала данное состояние с операцией по удалению матки с придатками, которую перенесла годом ранее, в связи с этим обратилась к гинекологу, начала принимать гормональный препарат. К психиатру обратилась полгода спустя, в связи с отсутствием улучшения в психическом состоянии. Был назначен флувоксамин до 100 мг. На фоне лечения симптоматика редуцировалась в течение 3 месяцев. Тем не менее, периодически испытывала подавленность, чувство тревоги, но «не придавала значения» своим эмоциям, «была погружена в решение проблем», поддерживала родителей, мужа и сына.

* Настоящее ухудшение возникло 2 месяца назад, после смерти матери (в течение последнего года пациентка участвовала в уходе за тяжело больной матерью, одновременно продолжала работать, вести домашнее хозяйство). Смерть матери была ожидаемой и острого чувства горя пациентка не испытывала, появилось ощущение «пустоты в душе». Через 2 недели отчетливо снизилось настроение, появилась чувство тоски, отсутствие сил, перестала испытывать радость и удовольствие от любой деятельности, не могла сосредоточиться на работе. В течение месяца состояние постепенно ухудшалось. Перестала выполнять домашние обязанности, следить за собой, ходить на работу. Брала работу на дом, однако не могла сосредоточиться, откладывала дела. Нарушился сон, снизился аппетит, значительно похудела (примерно на 7-8 кг). За 3 недели до настоящего обращения проконсультировалась частным образом у психиатра, был назначен сертралин 50 мг. Состояние продолжало ухудшаться, полностью утратила активность, перестала ходить на работу, отказывалась от еды, просыпалась в 4 часа утра с чувством тяжести за грудиной, тягостными мыслями о будущем. Стала высказывать мужу опасения по поводу ситуации на работе: считала, что в связи с невыполнением ею обязанностей (не сдала вовремя отчетность) могут возникнуть серьезные юридические последствия, клиенты будут подавать иски и т.п. По инициативе мужа обратилась к врачу-психиатру.

Анамнез жизни

- * Из ближайших родственников к психиатру никто не обращался.
- * Перинатальный анамнез, раннее развитие без патологии.
- * С детства по характеру формировалась малообщительной, скромной, стеснительной. Отмечала стремление «все контролировать», «расставлять по полочкам», поддерживать порядок в делах.
- * В школе училась прилежно, избегала конфликтных ситуаций, имела одну близкую подругу.
- * Окончила технический вуз, работала по специальности инженера-технолога. В последние годы работает в торговой компании, руководимой мужем, его помощником.
- * В 23 года вышла замуж, через год родила единственного сына.
- * Менструации с 13 лет, цикл установился сразу. В возрасте 46 лет перенесла операцию по удалению матки с придатками в связи с множественными

миомами.

* Табак, алкоголь и другие психоактивные вещества не употребляет.

Объективный статус

Контакту доступна. Походка замедленная, сидит, ссутулившись, на протяжении беседы не меняет позу. Мимика печальная, в разговоре изредка немного оживляется. Речь тихим голосом, немногословна, интонационно слабо модулирована. На вопросы отвечает в плане заданного, после затяжных пауз. Фиксирована на теме упущений в работе, своей сохраняющейся непродуктивности, вины перед близкими людьми. Считает, что из-за ее ошибок всю семью ожидают серьезные неприятности, без ее поддержки сын не справится с финансовыми трудностями и т.д. Признает, что периодически возникали мысли антивитального характера, «хотелось уснуть и не проснуться», но суицидальных намерений не имела, так как осознавала ответственность перед близкими людьми. Мышление замедлено по темпу. Память, концентрация внимания снижены.

В качестве дополнительных методов обследования перед установлением диагноза и назначением терапии целесообразно выполнить

- провести одномоментную отмену психофармакотерапии
- провести глубокую магнитную стимуляцию мозга
- нарастить дозу антидепрессанта до максимальной
- добавить к схеме лечения антипсихотик первого поколения

Результаты обследования

Общий (клинический) и биохимический анализы крови

[options="header", cols="55%,55%,55%"]

|====

a| Наименование a| Результат a| Норма

a| Гемоглобин a| 118,0 a| 120,0 - 140,0 г/л

a| Гематокрит a| 45,4 a| 35,0 - 47,0%

a| Лейкоциты a| 9,7 a| 4,00 - 9,00 *10⁹/л

a| Эритроциты a| 4,12 a| 4,00 - 5,70 *10¹²/л

a| Тромбоциты a| 190,0 a| 150,0 - 320,0 *10⁹/л

a| Лимфоциты a| 35,5 a| 17,0 - 48,0 %

a| Моноциты a| 6,4 a| 2,0 - 10,0 %

a| Нейтрофилы a| 54,5 a| 48,00 - 78,00 %

a| Эозинофилы a| 3,6 a| 0,0 - 6,0 %

a| Базофилы a| 0,2 a| 0,0 - 1,0 %

a| MCV a| 91,5 a| 80 – 100 fl

a| СОЭ a| 17 a| 2 – 20 мм/час

|====

[options="header", cols="55%,55%,55%"]

|====

a| Наименование a| Результат a| Нормы

a| Белок общий, г/л a| 65 a| 64-83

a| Альбумин, г/л a| 36,4 a| 30-50

a| Мочевина, ммоль/л a| 3,7 a| 1,7-8,3

a| Креатинин, мкмоль/л a| 78 a| 80-115

a| Общий билирубин, мкмоль/л a| 12,6 a| <20

a| Глюкоза, ммоль/л a| 4,1 a| 4,1-5,9

a| Общий холестерин, ммоль/л a| 4,4 a| 3,3-5,2

a| Триглицериды, ммоль/л a| 0,83 a| 0,1-1,7

a| ЛПНП, ммоль/л a| 2,2 a| 1,1-3,0

а| КФК а| 73 а| 35-165

а| АСТ, Ед/л а| 27 а| 4-32

а| АЛТ, Ед/л а| 19 а| 7-31

|====

Скрининг функции щитовидной железы

[options="header", cols="55%,55%,55%"]

|====

а| Наименование а| Результат а| Нормы

а| ТТГ, мЕд/мл а| 3,58 а| 0,4-4,0

а| Т4 свободный, пмоль/л а| 12,6 а| 9,00 – 19,05

а| Антитела к тиреоидной пероксидазе, Ед/мл а| 1,2 а| <5,6

|====

Электрокардиография

Синусовый ритм с ЧСС 80 в мин. Вертикальное положение ЭОС. Данных за ишемию и гипертрофию миокарда нет.

Анализ спинномозговой жидкости

[options="header", cols="55%,55%,55%"]

|====

а| *Наименование* а| *Результат* а| *Норма*

а| Цвет а| бесцветная а| бесцветная

а| Прозрачность а| прозрачная а| прозрачная

а| Белок а| 0,2 г/л а| 0,1-0,3 г/л

а| Глюкоза а| 2,2 ммоль/л а| 2,8-3,9 ммоль/л

а| Цитоз а| 1 в 1 мкл а| 0-3 лимфоцита в 1 мкл

|====

Обзорная краниография в 2-х проекциях

Кости свода черепа не изменены. Сосудистый рисунок типичный. Турецкое седло округлой формы, нормальных размеров. Основная пазуха пневматизирована.

Определение уровня остеокальцина в сыворотке крови

Уровень остеокальцина: 27 нг/мл. Норма для женщин после менопаузы: 15-46 мг/мл.

Учитывая данные анамнеза, психического статуса, проведенного обследования пациентке следует поставить диагноз по МКБ-10

- провести одномоментную отмену психофармакотерапии
- провести глубокую магнитную стимуляцию мозга
- нарастить дозу антидепрессанта до максимальной
- добавить к схеме лечения антипсихотик первого поколения

Диагноз

F33.2. Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелой степени без психотических симптомов

F32.2 Депрессивный эпизод тяжелой степени без психотических симптомов

F33.3. Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами

F43.21 Пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации

Вариантом депрессивного синдрома, наблюдаемым у пациентки, является

- соматизированный
- тревожно-ажитированный
- тоскливо-заторможенный
- тоскливо-дисфорический

О тяжелой степени депрессии у данной пациентки свидетельствует наличие

- 2 основных и 5 и более дополнительных симптомов

- 3 основных и 3 и более дополнительных симптомов
- 3 основных и 4 и более дополнительных симптомов
- 2 основных и 3 и более дополнительных симптомов

Наиболее типичными симптомами депрессии, которые выявляются у данной пациентки, являются

- идеи вины, депрессивные руминации, антивитальные мысли
- бессонница, снижение аппетита, чувство тяжести за грудиной
- апатия, заторможенность, нарушение концентрации внимания
- гипотимия, ангедония, снижение энергии

Лечение данной пациентки следует проводить в

- амбулаторных условиях с периодическим посещением кабинета участкового врача-психиатра
- условиях психиатрического стационара
- условиях отделения интенсивного оказания психиатрической помощи (полустационар) психоневрологического диспансера
- условиях отделения дневного стационара психоневрологического диспансера

На первом этапе купирующей терапии пациентке следует назначить

- фармакотерапию антипсихотиком
- электросудорожную терапию
- когнитивно-поведенческую психотерапию
- фармакотерапию антидепрессантом

Преимуществом назначения антидепрессанта из класса селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина по сравнению с трициклическим антидепрессантом является

- возможность сразу назначить эффективную дозу
- более высокая эффективность
- отсутствие синдрома отмены при одномоментном прекращении лечения
- лучшая переносимость

Преимуществом применения трициклического антидепрессанта по сравнению с антидепрессантом из класса селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина является

- менее высокий риск передозировки
- возможность парентерального способа введения

- возможность, при необходимости, сочетанного применения с препаратом из другого фармакологического класса
- менее высокий риск инверсии аффекта

При проведении продолженной и профилактической терапии у данной пациентки должна применяться стратегия

- продолжения терапии антидепрессантом в редуцированной дозе
- прекращения терапии антидепрессантом по завершении долечивающей терапии (6 месяцев) с ранним началом лечения при первых признаках рецидива
- продолжения терапии антидепрессантом в минимальной терапевтической дозе
- продолжения терапии антидепрессантом в полной терапевтической дозе

На втором этапе купирующей терапии у данной пациентки, в случае недостаточной эффективности и плохой переносимости назначенного антидепрессанта, целесообразна

- аугментация эффекта антидепрессанта антипсихотиком
- смена препарата на антидепрессант с другим механизмом действия
- смена препарата на другой антидепрессант из той же фармакологической группы
- эскалация дозы препарата

На третьем этапе купирующей терапии (после двух последовательных курсов адекватной монотерапии антидепрессантом) в случае достижения лишь частичного терапевтического ответа (редукции симптоматики на 25-50%) данной пациентке целесообразно проведение

- аугментация эффекта антидепрессанта антипсихотиком
- смена препарата на антидепрессант с другим механизмом действия
- смена препарата на другой антидепрессант из той же фармакологической группы
- эскалация дозы препарата

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 58 лет была доставлена в приемное отделение психиатрической больницы бригадой скорой медицинской помощи.

Жалобы

На сниженное настроение, чувство страха, ощущение опасности, бессонницу.

Анамнез заболевания

* Анамнестические сведения собраны со слов пациентки. Ранее у психиатров не наблюдалась.

* 9 месяцев назад, после суицидальной попытки сына, у пациентки появилась тревога, чувство вины. Незадолго до этого поссорилась с сыном из-за того, узнав о его крупных долгах, разводе; в сердцах сказала, что «если бы знала, что он будет заниматься такой ерундой, не стала бы его рожать». После выписки сына из психиатрической больницы настаивала, чтобы он пожил у родителей, однако сын отказался. Постоянно размышляла о сложившейся ситуации, винила себя в сказанном, отмечала снижение настроения. По просьбе престарелой матери поехала к ней в деревню, чтобы помочь ей в хозяйстве, провела там несколько месяцев, чувствовала себя лучше. 2 месяца назад внезапно вернулась, чтобы поговорить с мужем, убедить его взять в банке кредит, чтобы выплатить долги сына. Испытывала тревогу, ожидание того, что «придут кредиторы», «отберут квартиру», убьют всю ее семью. Стала вспомнить свои «грехи» многолетней давности. Так, вспомнила «пьяную женщину», с которой плохо обошлась 22 года назад. Ощущала давление в области плеч, казалось, что груз всех ее грехов давит на них. Значительно снизился аппетит, еда вызывала отвращение, за 2 месяца похудела на 11 кг. Перестала чем-либо заниматься, постоянно лежала, спала урывками. Всякая деятельность казалась бессмысленной, так как считала, что в любой момент могут прийти кредиторы и выгнать на улицу. Возникли суицидальные мысли, положила под кровать веревку, лезвия. По инициативе мужа была осмотрена дежурным психиатром и направлена на стационарное лечение.

Анамнез жизни

* Наследственность: сын пациентки проходил лечение в психиатрическом стационаре после суицидальной попытки.

* Родилась в срок от нормально протекавшей беременности и неосложненных родов. Развивалась соответственно возрасту.

* Росла в сельской местности. Обучение в школе начала своевременно. Училась хорошо, была общительной, неконфликтной, легко находила общий язык с людьми. В дальнейшем окончила ПТУ, затем работала в швейном производстве, а в течение последних 10 лет трудовой деятельности – кассиром в метрополитене. С коллегами поддерживала доброжелательные отношения. Общий трудовой стаж 40 лет. 2 года назад вышла на пенсию.

* В 28 лет вышла замуж, с мужем отношения теплые, доверительные.

* В 30 лет родила сына. После родов психическое состояние было стабильным, хоть и была «замученной» из-за тяжелых материально-бытовых в то время.

* Травмы головы, употребление психоактивных веществ отрицает.

* Менопауза с 47 лет.

Объективный статус

При осмотре сознание ясное, в беседе малопродуктивна в связи с охваченностью переживаниями. Сидит в однообразной сгорбленной позе, руки опущены на колени. Мимика страдальческая. Речь тихим голосом, с плачущими интонациями. Настроение снижено, со слов пациентки – «на нуле».

Высказывания непоследовательны. На вопросы отвечает не всегда в плане заданного, постоянно переходит на тему своей вины и безнадежности ситуации. Считает себя виновной «во всех несчастьях». Винит себя в том, что не стала своевременно выплачивать долги сына, говорит, что в любом случае сумма «неподъемная», но не знает, какая именно. Считает, что у нее «много грехов», за которые она понесет наказание. Так, когда-то давно «выставила за дверь пьяную женщину», разыскивавшую в ее квартире своего мужа. Много лет назад нашла на улице Библию, а потом выбросила ее, «а это ведь страшный грех». Когда-то подписала написала на картине с религиозной символикой имя сына, и тем самым обрекла его на страдания. Тревожится о состоянии сына, говорит, что, глядя на него, страдает еще сильнее, «начинается истерика». Спокойно говорит о суицидальной готовности, «это очень сложно – покончить жизнь самоубийством». Считает, что «выбора нет», так как придется «бомжевать на помойке». Критика отсутствует. Галлюцинаторных переживаний поведением не обнаруживает. Грубых мнестико-интеллектуальных нарушений не выявлено.

В качестве дополнительных методов обследования перед установлением диагноза и назначением терапии целесообразно выполнить

- аугментация эффекта антидепрессанта антипсихотиком
- смена препарата на антидепрессант с другим механизмом действия
- смена препарата на другой антидепрессант из той же фармакологической группы
- эскалация дозы препарата

Результаты обследования

Общий (клинический) и биохимический анализы крови

[options="header", cols="55%,55%,55%"]

|====

a| Наименование a| Результат a| Норма

a| Гемоглобин a| 112,5 a| 120,0 - 140,0 г/л

a| Гематокрит a| 33,3 a| 35,0 - 47,0%

a| Лейкоциты a| 7,2 a| 4,00 - 9,00 *10⁹/л

a| Эритроциты a| 4,11 a| 4,00 - 5,70 *10¹²/л

a| Тромбоциты a| 176,0 a| 150,0 - 320,0 *10⁹/л

a| Лимфоциты a| 29,3 a| 17,0 - 48,0 %

a| Моноциты a| 3,6 a| 2,0 - 10,0 %

a| Нейтрофилы a| 64,8 a| 48,00 - 78,00 %

a| Эозинофилы a| 2,5 a| 0,0 - 6,0 %

a| Базофилы a| 0,0 a| 0,0 - 1,0 %

a| MCV a| 90,8 a| 80 – 100 fl

a| СОЭ a| 19 a| 2 – 20 мм/час

|====

[options="header", cols="55%,55%,55%"]

|====

a| Наименование a| Результат a| Нормы

a| Белок общий, г/л a| 65 a| 64-83

a| Альбумин, г/л a| 31,8 a| 30-50

а| Мочевина, ммоль/л а| 6,8 а| 1,7-8,3

а| Креатинин, мкмоль/л а| 105 а| 80-115

а| Общий билирубин, мкмоль/л а| 9,1 а| <20

а| Глюкоза, ммоль/л а| 4,1 а| 4,1-5,9

а| Общий холестерин, ммоль/л а| 4,3 а| 3,3-5,2

а| Триглицериды, ммоль/л а| 1,31 а| 0,1-1,7

а| ЛПНП, ммоль/л а| 2,2 а| 1,1-3,0

а| КФК а| 129 а| 35-165

а| АСТ, Ед/л а| 26 а| 4-32

а| АЛТ, Ед/л а| 21 а| 7-31

|====

Магнитно-резонансная томография

Головной мозг без очаговых изменений, структуры симметричны, белое и серое вещество четко дифференцируются. Краниовертебральный переход, хиазмально-селлярная область – без патологических изменений. Желудочковая система не расширена, не смещена, симметрична. Базальные и конвекситальные субарахноидальные пространства не расширены. Дополнительных образований не выявлено. Орбиты и их содержимое без особенностей. На DW1 участков патологического снижения диффузии не выявлено.

Электрокардиография

Синусовый ритм с ЧСС 80 в мин. Нормальное положение ЭОС. Данных за ишемии и гипертрофию миокарда нет

Электроэнцефалография

Эпилептиформной и фокальной активности не отмечается.

Обзорная рентгенография органов грудной клетки

При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки легочные поля прозрачны, без очаговых и инфильтративных изменений. Легочный рисунок не изменен. Корни легких структурны, не расширены. Диафрагма с четким, ровным

контуром, наружные синусы свободны. Границы сердца в пределах нормы. Аорта без особенностей.

Исследование уровня лития в крови

Концентрация лития в крови: 1,895 мкг/л (нетерапевтическая норма 0,24 - 84 мкг/л).

Учитывая данные анамнеза, психического статуса, проведенного обследования пациентке можно поставить диагноз (МКБ-10)

- аугментация эффекта антидепрессанта антипсихотиком
- смена препарата на антидепрессант с другим механизмом действия
- смена препарата на другой антидепрессант из той же фармакологической группы
- эскалация дозы препарата

Диагноз

F32.3. Депрессивный эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами

F32.2 Депрессивный эпизод тяжелой степени без психотических симптомов

F06.32 Психотическое депрессивное расстройство органической природы

F25.1 Шизоаффективное расстройство, депрессивный тип

У пациентки выявляются бредовые идеи

- преследования, воздействия, значения
- греховности, обнищания, грозящих несчастий
- отношения, отравления, ущерба
- громадности, отрицания, гибели

По синдромальной структуре депрессию в данном случае следует назвать

- тревожно-ипохондрической
- тревожно-бредовой
- тревожно-апатической
- тревожно-тоскливой

На этапе купирующей терапии пациентке следует назначить

- электросудорожную терапию

- антидепрессант в сочетании с антипсихотиком
- антидепрессант в сочетании с антипсихотиком и тимостабилизатором
- антидепрессант в сочетании с тимостабилизатором

Наряду с трициклическими антидепрессантами к препаратам первого ряда при терапии психотической депрессии относятся

- селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина
- обратимые ингибиторы моноаминоксидазы-А
- мелатонинергические
- селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

К атипичным антипсихотикам первого ряда при терапии психотической депрессии относятся

- кветиапин
- зипразидон
- амисульприд
- азенапин

Преимуществом применения антипсихотиков второго поколения по сравнению с препаратами первого поколения при терапии депрессии является наличие у них + _____ + эффекта

- седативного
- антипсихотического
- дезингибирующего
- тимоаналептического

Преимуществом применения антипсихотиков первого поколения по сравнению с препаратами второго поколения является

- наличие собственного тимоаналептического эффекта
- отсутствие лекарственных взаимодействий с антидепрессантами
- меньший риск возникновения гиперпролактинемии
- возможность парентерального способа введения

Механизм возникновения нейрорептической депрессии при длительном применении антипсихотиков первого поколения связан с блокадой дофаминовых рецепторов преимущественно в + _____ + пути

- мезокортикальном
- нигростриарном
- мезолимбическом

- тубероинфундибулярном

При сочетанном применении трициклических антидепрессантов и антипсихотиков фенотиазинового ряда возможно развитие

+ _____ + синдрома

- злокачественного нейролептического
- тимонейролептического
- серотонинового
- тираминового

В случае ухудшения состояния пациентки в течение 3-4-х недель фармакотерапии (утяжеления бредовых идей, развитии депрессивного ступора или раптуса, отказе от приема пищи) следует рассмотреть вопрос о применении

- злокачественного нейролептического
- тимонейролептического
- серотонинового
- тираминового

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 50 лет пришла на прием к врачу-психиатру по направлению врача-терапевта.

Жалобы

Снижение настроения, чувство тоски, безысходности, безразличия к окружающему, утрату чувства радости и удовольствия, давящее ощущение в груди, сжимающие головные боли, снижение аппетита, запоры, пробуждения в 4-5 утра.

Анамнез заболевания

* В возрасте 31 года после вторых родов в течение полугода отмечалось подавленное состояние, постоянная тревога, плаксивость, упадок сил, чувство вины перед членами семьи, мысли о своей несостоятельности и никчемности. За помощью не обращалась, состояние улучшилось без лечения.

* В 39 лет, на фоне семейных конфликтов (между ее дочерью-подростком и ее пожилой матерью), которые пациентка очень болезненно воспринимала, снизилось настроение, возникла тревога о своем здоровье, просыпалась по

ночам с ощущением боли в области сердца и нехватки воздуха. Отмечались также распирающие головные боли, подъемы артериального давления до 160/90 мм рт. ст. По этому поводу обследовалась у терапевта, была диагностирована первая стадия гипертонической болезни, получала гипотензивную терапию. Симптоматика редуцировалась через полгода. В дальнейшем диагноз гипертонической болезни не подтверждался.

* В 44-45 лет в течение года ухаживала за тяжело больной, прикованной к постели матерью. Постепенно нарастала физическая и психологическая усталость, снизилось настроение. После смерти матери психическое состояние пациентки ухудшилось, тяжело переживала горе, появилось чувство опустошенности, тоски, безразличия к окружающему, опасения за здоровье близких и свое. Посещали мысли о собственной смерти, часто видела во снах умершую мать, которая «звала ее к себе». Состояние длилось около 10 месяцев, затем по совету подруги начала принимать пароксетин по 20 мг в сутки. Улучшение наступило через полтора-два месяца регулярного приема препарата, после чего прекратила прием, опасаясь развития «привыкания». В последующие полгода сохранялось чувство печали, испытывала некоторую притупленность эмоций.

* 3 месяца назад без каких-либо причин стало снижаться настроение, появились беспокойство по незначительным поводам, частые ночные и ранние утренние пробуждения, ощущение разбитости по утрам. Спустя месяц начала принимать безрецептурное анксиолитическое средство, однако состояние продолжало ухудшаться: беспокойство сменилось апатией, пропал интерес к обычно приятным видам деятельности, стала тяготиться необходимостью общаться с близкими и друзьями, из-за чего чувствовала вину перед ними. Снижился аппетит, за последний месяц похудела на 6 кг. Появились боли в области сердца, давящее ощущение за грудиной. С трудом справлялась с домашними делами и работой. Обратилась в поликлинику по месту жительства; обследование не выявило соматической патологии. Терапевтом была направлена к психиатру.

Анамнез жизни

* Из ближайших родственников к психиатру никто не обращался. Родной брат (младше на 4 года) злоупотребляет алкоголем многие годы, живет уединенно, никогда не был женат.

* Беременность и роды у матери протекали без осложнений. В раннем детстве была плаксивым, болезненным ребенком. В девять месяцев перенесла скарлатину, осложнившуюся отитом, переболела также некоторыми другими

детскими инфекциями.

* В детстве была боязливой, нерешительной по характеру, стеснялась лиц противоположного пола, публичных выступлений. Все школьные годы поддерживала с ней доверительные, теплые отношения с одной подругой. В подростковом и юношеском возрасте возникали неглубокие и непродолжительные периоды сниженного настроения с чувством одиночества, душевной пустоты.

* Имеет высшее математическое образование, работает бухгалтером.

* С 24 лет замужем, в браке родила двоих детей в возрасте 26 и 31 года.

* С 48 лет менопауза. В этот период стали беспокоить распирающие головные боли, приступы жара или похолодания в конечностях, потливости, ощущения нехватки воздуха. К 49 годам все эти явления прошли полностью.

* Табак, алкоголь и других психоактивные вещества не употребляет.

Объективный статус

Внешне выглядит опрятно. Сидит в однообразной позе, сложив руки на коленях. Мимика печальная, периодически на глаза наворачиваются слезы. В контакте безынициативна, на вопросы отвечает после паузы, тихим голосом, немногословно. Темп речи несколько замедлен. Настроение снижено. Сравнивая данное состояние с периодами подавленности в прошлом, отмечает, что «раньше было больше эмоций, была надежда», настоящее ощущение безразличия оценивает как значительно более тягостное переживание. В последнее время забросила домашние дела, на работе не может сосредоточиться, выполняет ее медленно, допускает ошибки. Суицидальные намерения отрицает, говорит, что не смогла бы так поступить со своими близкими. Особенно тяжело и угнетенно чувствует себя в утренние часы, к вечеру чувство безнадежности, безразличия уменьшаются, повышается активность. Аппетит снижен, удовольствия от еды не получает. Ночью с трудом засыпает, утром пробуждается около 5 часов утра, после этого до будильника лежит в полудреме, не желая вставать.

Учитывая данные анамнеза и психического статуса пациентке следует поставить диагноз (МКБ-10)

- злокачественного нейрорептического
- тимонейрорептического
- серотонинового

- тираминового

Диагноз

F33.11. Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод умеренной степени с соматическими симптомами

F32.11 Депрессивный эпизод умеренной степени с соматическими симптомами

F33.3. Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами

F32.11 Депрессивный эпизод тяжелой степени без психотических симптомов

Вариантом депрессивного синдрома, наблюдаемым у пациентки, является + _____ + синдром

- астено-динамический
- тоскливо-тревожный
- тоскливо-апатический
- астено-апатический

На первом этапе купирующей терапии пациентке следует назначить

- комбинацию антидепрессанта и нормотимика-антиконвульсанта
- комбинацию антидепрессанта и антипсихотика
- комбинацию двух антидепрессантов с разными механизмами действия
- монотерапию антидепрессантом

В случае назначения антидепрессанта из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина у данной пациентки возможно усиление в первые недели терапии

- заторможенности
- апатии
- инсомнии
- тоски

Среди антидепрессантов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина наиболее выраженным активирующим эффектом обладает

- флуоксетин
- пароксетин
- флувоксамин
- сертралин

Среди антидепрессантов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина наиболее выраженным анксиолитическим и седативным эффектом обладает

- пароксетин
- флувоксамин
- сертралин
- флуоксетин

Преимуществом селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина над селективными ингибиторами обратного захвата серотонина является

- возможность сразу назначить эффективную дозу
- отсутствие синдрома отмены
- более благоприятный профиль переносимости
- более мощный антидепрессивный эффект

Этап купирующей терапии продолжается в среднем + _____ + недель

- 8-10
- 10-12
- 4-6
- 6-8

Этап стабилизирующей терапии после достижения ремиссии должен продолжаться + ____ + мес

- 2-4
- 4-6
- 6-8
- 8-10

В случае недостаточного клинического эффекта в течение 3-4-х недель купирующей терапии (редукции симптоматики на 25-50%) следует

- отменить препарат и назначить антидепрессант с другим механизмом действия
- повысить дозу антидепрессанта до максимальной

- добавить к схеме лечения антипсихотик первого поколения
- добавить к схеме лечения тимостабилизатор из класса антиконвульсантов

В случае отсутствия эффекта в течение 3-4-х недель купирующей терапии (редукции симптоматики менее, чем на 25%) или плохой переносимости следует

- добавить к схеме лечения препарат лития
- добавить к схеме лечения трийодтиронин
- отменить препарат и назначить антидепрессант с другим механизмом действия
- отменить препарат и назначить антидепрессант из той же фармакологической группы

В случае достижения лишь частичного терапевтического ответа (редукции симптоматики на 25-50%) после двух последовательно и адекватно проведенных курсов монотерапии антидепрессантом пациентке показана аугментация эффекта антидепрессанта

- добавить к схеме лечения препарат лития
- добавить к схеме лечения трийодтиронин
- отменить препарат и назначить антидепрессант с другим механизмом действия
- отменить препарат и назначить антидепрессант из той же фармакологической группы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 22 лет обратилась к врачу-психиатру по рекомендации психолога.

Жалобы

На пониженное настроение, отсутствие чувства радости, пессимистические мысли о будущем, чувство безысходности, неуверенности, внутреннего напряжения, трудность концентрации внимания, эпизоды интенсивной тревоги с сердцебиением и дрожью, трудность засыпания.

Анамнез заболевания

* Анамнестические сведения собраны со слов больной.

* В возрасте 18 лет в конце (в середине второго семестра на 1 курсе) снизилось настроение, возникло чувство тревоги, мысли о своей неполноценности, усилился страх публичных выступлений. Связывала данное состояние с

перегрузками на учебе и на работе, перестала справляться с обязанностями. Уволилась с работы, стала пропускать занятия, а в дальнейшем оформила академический отпуск. Преследовали мысли, что никогда ни в чем не сможет добиться успеха, иметь друзей, устроить личную жизнь, страдала от чувства одиночества и в то же время прекратила все контакты. Могла целыми днями лежать на кровати, не выходила на улицу, ела по принуждению матери, не могла заснуть до 3-х часов ночи. Такое состояние длилось 3 месяца. К психиатру не обращалась. Спустя два месяца состояние улучшилось. В дальнейшем восстановилась на учебе, продолжила учиться на вечернем отделении, устроилась на работу в бухгалтерию.

* Настоящее ухудшение возникло 4 месяца назад после того, как мать была прооперирована по поводу онкологического заболевания. О своем заболевании мать сообщила не сразу, а только накануне операции. Поначалу пациентка отреагировала довольно спокойно, старалась поддерживать мать. Через несколько дней после успешной операции появилось беспокойство, страх, что с матерью может случиться плохое, и тогда она останется одна, без поддержки. Снизилось настроение, стала рассеянной, допускала небрежности в работе, в связи с чем несколько раз получала замечания со стороны сотрудников. Понимая их справедливость по сути, все-таки испытывала ощущение, что к ней излишне придираются, обсуждают ее некомпетентность «за глаза», она всем надоела. Ходить на работу стало мучением; хотелось уволиться, но не решалась сделать это из-за материального положения. Обстановка дома стала угнетать ее, у матери постоянно менялось настроение, нередко она в резкой форме упрекала пациентку. К тому же угнетали мысли о предстоящем написании и защите дипломной работы. Отмечала трудность засыпания, утром испытывала физическую слабость, трудно было вставать. Появлялись мысли о том, что не стоит жить, так как в будущем ее не ждет ничего хорошего, однако суицидальных намерений не имела. Обратилась за консультацией к психологу, по совету которого пришла на прием к психиатру.

Анамнез жизни

* Наследственность: в 17-летнем возрасте мать совершила суицидальную попытку (отравилась лекарствами) из-за неудачной влюбленности, у психиатра не наблюдалась. По характеру категоричная, настойчивая, соблюдает строгий распорядок в рабочих и домашних делах. Родители пациентки развелись, когда она была в годовалом возрасте, с отцом не знакома. Со слов матери пациентка знает, что он злоупотреблял алкоголем.

* Беременность у матери протекала с токсикозом второй половины. Роды были затяжными. Родилась в срок, с весом 2,8 кг. Психофизическое развитие в

раннем возрасте соответствовало возрастным нормам.

* По характеру формировалась тихой, боязливой, оставалась в стороне от других детей, избегала шумных игр. Боялась темноты, до подросткового возраста засыпала только в присутствии матери или сестры. С 13 лет (после смены школы) усилилась замкнутость, отмечала чувство внутреннего напряжения, оцепенения при ответах у доски и в других ситуациях, когда оказывалась в центре внимания, с трудом могла вспомнить заученный материал. К 15 годам стала спокойнее, увереннее в себе, появились две подруги.

* В школе училась хорошо, предпочитала точные науки и литературу. Любила читать фантастику.

* После окончания средней школы поступила в вуз на экономический факультет по настоянию матери. В настоящее время является студенткой 4 курса. Одновременно работает помощником бухгалтера.

* Менструации с 13 лет, нарушений цикла не наблюдалось.

* Табак, алкоголь и другие психоактивные вещества не употребляет.

Объективный статус

Одета аккуратно, в одежду темных тонов. Во время беседы в глаза не смотрит. Выражение лица напряженное, однообразное. Тревожно перебирает руками предметы одежды. Голос тихий, ответы немногословные. Фон настроения снижен. Предъявляет жалобы на подавленное настроение, отсутствие чувства радости, чувство безысходности, неуверенности, мысли о своей профессиональной несостоятельности. Будущее видится мрачным, бесперспективным. Периодически в течение дня возникают эпизоды интенсивной тревоги, сопровождающиеся сердцебиением, потливостью, внутренней дрожью, плаксивостью, беспокойством, «не может найти себе места». Ухудшение своего состояния связывает с болезнью матери, а также со сложностями на работе, вместе с тем допускает, что, возможно, ее состояние явилось причиной этих сложностей. Присутствует чувство, что не справляется с работой, ощущает напряжение и рассеянность, не может сосредоточиться; опасается, что коллеги заметят ее неспособность к работе. Самочувствие немного улучшается к вечеру после работы – отвлекается от мрачных мыслей, иногда появляется интерес к чтению книг, часто засиживается допоздна, так как не может уснуть раньше двух часов ночи. Утром поднимается с постели по

будильнику, с ощущением тяжести в голове, разбитости, слабости.
Суицидальные намерения отрицает. Изменения массы тела не отмечает.

Учитывая данные анамнеза, психического статуса пациентке можно поставить диагноз (МКБ-10)

- добавить к схеме лечения препарат лития
- добавить к схеме лечения трийодтиронин
- отменить препарат и назначить антидепрессант с другим механизмом действия
- отменить препарат и назначить антидепрессант из той же фармакологической группы

Диагноз

F33.10. Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод умеренной степени без соматических симптомов

F32.2 Депрессивный эпизод тяжелой степени без психотических симптомов

F33.00. Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод легкой степени с соматическими симптомами

F34.1. Дистимия

Ведущий синдром, наблюдаемый у пациентки, можно определить как

- депрессивно-деперсонализационный
- тревожно-депрессивный
- депрессивно-ипохондрический
- астено-депрессивный

На этапе купирующей терапии пациентке следует назначить фармакотерапию

- антидепрессантом
- антипсихотиком
- препаратом лития
- нормотимиком-антиконвульсантом

Препаратами первого ряда в данном случае являются

- специфические серотонинергические антидепрессанты
- селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

- ингибиторы моноаминооксидазы
- трициклические антидепрессанты

К преимуществам применения мirtазапина над терапией селективными ингибиторами обратного захвата серотонина относится более выраженный с первых дней приема + _____ + эффект

- анксиолитический
- прокогнитивный
- антидепрессивный
- психостимулирующий

К числу частых побочных эффектов мirtазапина, сравнительно редко возникающих при применении селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, относится

- диспептические расстройства
- повышение массы тела
- повышенная возбудимость
- сексуальная дисфункция

В качестве адъюнктивной терапии в дополнение к антидепрессанту из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина пациентке может быть назначен

- анксиолитик
- тиреоидный гормон
- бета-адреноблокатор
- альфа-адреноблокатор

Продолжительность применения бензодиазепиновых транквилизаторов не должна превышать

- 6 недель
- 2 месяцев
- 2 недель
- 6 месяцев

Этап купирующей терапии продолжается в среднем + _____ + нед

- 16-20
- 6-8
- 3-4
- 10-12

Этап стабилизирующей терапии после достижения ремиссии должен продолжаться

- 10-12 месяцев
- до 2 лет
- 2-3 месяца
- 4-6 месяцев

Для врачебной оценки тяжести депрессивного расстройства и терапевтической динамики состояния целесообразно использование шкалы

- Гамильтона
- Калгари
- Бека
- Бромлей

В качестве дополнительного воздействия в данном случае целесообразно проведение

- Гамильтона
- Калгари
- Бека
- Бромлей

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 31 года обратилась к врачу-психиатру по рекомендации врача-невролога.

Жалобы

На неустойчивость настроения, раздражительность, тревожность, утомляемость, нехватку энергии, чувство недовольства, сонливость, повышение аппетита, слабость, утомляемость, тяжесть в голове, боли в спине.

Анамнез заболевания

* Анамнестические сведения собраны со слов больной.

* В возрасте 10 лет после смерти матери от онкологического заболевания в течение 2-3 лет наблюдались ночной энурез, страх смерти от болезни или несчастного случая (утечки газа, удара молнии во время грозы), боязнь темноты. В дальнейшем отмечались перепады настроения, плаксивость, обидчивость, замкнутость, трудности в общении со сверстниками,

периодически конфликтовала с мачехой, стремившейся «переделать под себя» пациентку. В 15 лет родители отвели пациентку к психотерапевту, около года посещала его, получала сеансы суггестивной психотерапии. Постепенно настроение выровнялось.

* 3 года назад (28 лет) после развода с мужем отмечала снижение настроения, эмоциональную неустойчивость, раздражительность, слабость, тревожность, снижение активности, утрату интересов, антивитаальные мысли, нарушение засыпания, сонливость в течение дня, повышение аппетита; в течение 3 месяцев набрала в весе около 10 кг. Обратилась к врачу-психиатру, по его назначению в течение 6 месяцев принимала флуоксетин 20 мг/сут. На фоне лечения симптоматика редуцировалась, выровнялось настроение, восстановилась активность.

* Состояние ухудшалось постепенно в течение последнего года. Стало тяжело справляться с работой, беспокоилась за ребенка, часто болевшего простудными состояниями, в связи с этим брала больничные. Появились головные боли, боли в спине, тяжесть в конечностях, утомляемость, сонливость, упадок сил, повышение аппетита. Отмечала также раздражительность, тревожность. Полгода назад уволилась с работы, после чего психическое состояние еще более ухудшилось, усилилась раздражительность, чувство тревоги и напряжения. Не могла контролировать эмоции, кричала ребенка, а затем винила себя в том, что она «плохая мать». Обследовалась у терапевта и невролога в поликлинике, отклонений не было выявлено. По совету невролога обратилась за помощью к психиатру.

Анамнез жизни

* Из ближайших родственников к психиатру никто не обращался.

* Перинатальный анамнез, раннее развитие без патологии.

* В детстве по характеру впечатлительной, плаксивой, малообщительной. Не нравилось посещать детский сад и школу, предпочитала находиться дома с матерью.

* В школе училась посредственно, после окончания 9 класса поступила в педагогическое училище, работала воспитательницей в детском саду. Полгода назад уволилась.

* В 25 лет вышла замуж за мужчину, с которым познакомилась в социальных сетях. Через 3 года, развелась, так как муж вел себя «эгоистично»,

задерживался на работе, употреблял алкоголь, изменял ей. В 26 лет родила дочь.

* Менструации с 12 лет, цикл установился сразу.

* Табак, алкоголь и другие психоактивные вещества не употребляет.

Объективный статус

Контакту доступна. Внешний вид ухоженный, косметики на лице нет. Несколько суетлива, речь сбивчива. Мимика живая. На вопросы дает подробные развернутые ответы в плане заданного, фиксируется на теме сложностей во взаимоотношениях с бывшим мужем, упрекает его в отсутствии достаточной финансовой и моральной поддержки, отмечает чувство обиды и разочарования. Беспокоит чувство тревоги за здоровье ребенка, мысли о том, что неправильно осуществляет уход, из-за чего дочь подолгу болеет. Отмечает постоянное чувство недовольства собой и происходящими событиями, ситуативные, реже спонтанные спады настроения с раздражительностью. В разговоре при обсуждении некоторых тем, например, смерти матери, здоровья ребенка, становится слезливой. Ночной сон без пробуждений, спит по 8-9 часов, днем испытывает вялость, сонливость. Настроение часто ухудшается к вечеру, при этом усиливаются тревожные мысли о будущем, нарастает утомляемость. Аппетит повышен, употребляет в пищу большое количество хлебобулочных изделий, что обычно ей не свойственно, в последнее время масса тела увеличилась примерно на 5 кг. Суицидальных мыслей не выявлено.

Присутствие в статусе гиперсомнии, гиперфагии, эмоциональной реактивности указывает на + _____ + вариант депрессивного синдрома

- истерический
- атипичный
- соматизированный
- ипохондрический

Учитывая данные анамнеза и психического статуса, следует поставить диагноз по МКБ-10

- истерический
- атипичный
- соматизированный
- ипохондрический

Диагноз

F33.8 Другие рекуррентные депрессивные расстройства

F32.11 Депрессивный эпизод умеренной степени с соматическими симптомами

F34.0. Циклотимия

F34.1 Дистимия

Дифференциальный диагноз следует провести в первую очередь с

- генерализованным тревожным расстройством (F41.1)
- эмоционально-неустойчивым расстройством личности (F60.3)
- шизотипическим расстройством личности (F21.8)
- биполярным аффективным расстройством, текущий эпизод легкой или умеренной депрессии (F31.3)

На первом этапе купирующей терапии пациентке следует назначить фармакотерапию антидепрессантом из группы

- специфических серотонинергических
- трициклических
- селективных ингибиторов обратного захвата норадреналина
- селективных ингибиторов обратного захвата серотонина

Одним из антидепрессантов, показанных к назначению данной пациентке в качестве препарата первой линии, является

- amitriptyline
- fluoxetine
- trazodone
- mirtazapine

Распространенными побочными эффектами при применении селективных ингибиторов обратного захвата серотонина являются

- желудочно-кишечные
- эндокринные
- метаболические
- сердечно-сосудистые

При отсутствии терапевтического эффекта при применении селективных ингибиторов обратного захвата серотонина данной пациентке следует назначить

- бензодиазепиновые транквилизаторы
- трициклические антидепрессанты
- антипсихотики второго поколения
- антидепрессанты из группы ингибиторов моноаминооксидазы

При переводе пациентки с терапии флуоксетином на терапию антидепрессантом из группы ингибиторов моноаминооксидазы необходимо выдержать интервал времени до

- 2 недель
- 5 недель
- 24 часов
- 72 часов

В случае одновременного назначения антидепрессантов из групп селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и ингибиторов моноаминооксидазы, либо несоблюдения рекомендованного временного интервала между их последовательным назначением, возрастает риск возникновения синдрома

- тираминового
- серотонинового
- антихолинергического
- злокачественного нейрорептического

В случае применения антидепрессантов из группы ингибиторов моноаминооксидазы пациентке следует рекомендовать ограничение в диете продуктов, богатых

- метионином
- тирамином
- триптофаном
- тиамином

В дополнение к антидепрессивной фармакотерапии данной пациентке можно рекомендовать проведение

- терапии по методу биологической обратной связи
- мануальной терапии
- психотерапии

- иглорефлексотерапии

Данной пациентке можно рекомендовать + _____ + психотерапию

- терапии по методу биологической обратной связи
- мануальной терапии
- психотерапии
- иглорефлексотерапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная 19 лет находится на лечении в остром отделении психиатрической больницы в связи с обострением хронического психического заболевания. Получает кломипрамин 75 мг в сутки, кветиапин 400 мг в сутки, соли вальпроевой кислоты 1000 мг в сутки. Изменение состояние больной произошло остро через 24 часа после отмены флуоксетина и назначения кломипрамина.

Жалобы

На

- * боли в животе, вздутие живота, тошноту и рвоту
- * выраженный тремор рук и смазанность речи
- * беспокойство, тревогу и неусидчивость
- * нарушение сна

Анамнез заболевания

Колебания настроения стали отмечаться у больной с подросткового возраста. В 9 классе в возрасте 16 лет после сдачи государственных экзаменов появилось приподнятое настроение, стала деятельной, активной, мало спала, строила много нереальных планов на будущее. Данное состояние продолжалось в течении 2-3-х недель. Затем настроение снизилось, стала подавленной заторможенной, говорила, что потеряла интерес к жизни. Закрывалась в квартире, угрожала выброситься из окна, не открывала дверь. Была впервые госпитализирована в подростковое отделение городской психиатрической больницы. Находилась на лечении в течение 2 месяцев. В процессе психофармакотерапии состояние больной улучшилось, настроение выровнялось. Была выписана домой на амбулаторное лечение под наблюдение

ПНД по месту жительства. Получала кветиапин пролонг 300 мг в сутки. После выписки из больницы чувствовала себя хорошо, по характеру, была активной, общительной, жизнерадостной. Успешно окончила 11 классов и поступила в медицинский колледж. Повторное ухудшение состояния произошло в возрасте 19 лет. Неожиданно почувствовала прилив сил и энергии. Прекратила прием поддерживающей терапии кветиапином. Познакомилась с молодым человеком, не сказав родителям, уехала с ним отдыхать в Турцию. По приезду домой была возбужденной, многоречивой, могла не спать по несколько дней, конфликтовала с родителями, алкоголизировалась. Ушла из дому, сняла номер в гостинице, взяла кредит на большую сумму. В день поступления в стационар была возбужденной, раздражительной, агрессивной. По путевке дежурного психиатра была госпитализирована в психиатрический стационар. При поступлении был назначен галоперидол 20 мг в сутки, соли вальпроевой кислоты 100 мг в сутки, тригексифенидил 6 мг в сутки. В процессе психофармакотерапии произошла инверсия аффекта. Стала нарастать заторможенность подавленность, появилось чувство тоски, тревога и беспокойство, стала говорить, что потеряла интерес к жизни, что не верит возможности выздоровления, высказывала суицидальные мысли. В связи с изменением психического состояния галоперидол и тригексифенидил были отменены. Назначен кветиапин 400 мг в сутки, флуоксетин 40 мг в сутки. Через 3 недели в связи с отсутствием эффекта от проводимой терапии флуоксетин был отменен и назначен кломипрамин, в дозе 75 мг в сутки.

Анамнез жизни

Наследственность психопатологическими заболеваниями не отягощена. Беременность и роды у матери больного протекали без патологии. Раннее развитие правильное. Росла в полной семье. Отмечались частые конфликты между родителями. Отец рано оставил семью. В школу пошла в 7 лет. В коллективе сверстников адаптировалась легко. По характеру росла общительной, дружелюбной. Окончила 11 классов. После окончания школы поступила в медицинский колледж. Не замужем. Вредных привычек не имеет.

Объективный статус

В сознании, правильно ориентирована в месте, времени и собственной личности. Выглядит беспокойной, тревожной. Речь смазанная, дизартричная, ускорена по темпу, временами разорванная и непоследовательная. Фон настроения повышен, с элементами дисфории. Испытывает сложности концентрации внимания. Инструкции выполняет. Бредовых и галлюцинаторных расстройств не выявляет. Отмечается тахикардия до 120 уд. в мин, повышение артериального давления до 155/100 мм. рт. ст., температуры тела до 37,8°C, вздутие и бурление в животе.

Следует провести анализ динамики психического заболевания и характера психопатологической симптоматики с определением ведущего психопатологического синдрома при поступлении в стационар, которым у данного пациента является

- маниакальный синдром
- парафренный синдром
- маниакально-бредовой синдром
- галлюцинаторно-параноидный синдром

С целью диагностики сопутствующего заболевания или осложнения основного заболевания состояния следует провести

- маниакальный синдром
- парафренный синдром
- маниакально-бредовой синдром
- галлюцинаторно-параноидный синдром

Результаты обследования

Консультация невролога

При неврологическом обследовании выявляется мидриаз, тремор, атаксия, мышечный гипертонус, гиперрефлексия, миоклонические подергивания, нистагм.

Консультация терапевта

Патологии внутренних органов не обнаружено.

Общий клинический анализ крови

Незначительное ускорение СОЭ до 15 мм в час. Остальные показатели в пределах нормы.

Консультация нейрохирурга с проведением КТ головного мозга

Объемного поражения головного мозга не обнаружено.

В соответствии с критериями МКБ-10 необходимо выставить диагноз психического заболевания

- маниакальный синдром
- парафренный синдром
- маниакально-бредовой синдром
- галлюцинаторно-параноидный синдром

Диагноз

F 31.6 Биполярное аффективное расстройство. Текущий смешанный эпизод

F 23.2 Острое шизофреноподобное психотическое расстройство

F 20.01 Шизофрения параноидная эпизодический тип течения

F 25.2 Шизоаффективное расстройство смешанный тип

Осложнением основного заболевания является

- серотониновый синдром
- злокачественный нейролептический синдром
- психофармакологический делирий
- тираминовый синдром

Диагностика осложнения проводится на основании выявления характерных неврологических симптомов, к которым относятся

- мышечная ригидность с симптомом "зубчатого колеса", тремор, акатизия
- миоклонус, тремор, гиперрефлексия
- оральные дискинезии, агрессивность, гипертермия
- тардивные дискинезии, акатизия, гипертермия

Начальные проявления осложнения, характеризуются

- желудочно-кишечными расстройствами
- сердечно-сосудистыми расстройствами
- нарушениями функции печени и почек
- нарушениями водно-электролитного баланса

Фактором риска развития осложнения в данном случае явилось

- отмена флуоксетина и назначение кломипрамина
- назначение солей вальпроевой кислоты
- отмена тригексифенидила
- назначение кветиапина в сочетании с кломипрамином

С целью профилактики развития осложнения назначать кломипрамин после приема флуоксетина можно через

- 24 часа
- 1 месяц
- 1 неделю

- 2 недели

Дальнейшее лечение больной следует проводить

- амбулаторно под наблюдением ПНД по месту жительства
- в остром отделении психиатрического стационара
- в отделении реанимации и интенсивной терапии психиатрических больниц
- в психосоматическом отделении городской больницы

Лечения больной следует начать с

- уменьшения дозы кломипрамина
- отмены кломипрамина
- отмены солей вальпроевой кислоты
- отмены кветиапина

Дополнительно следует

- назначить бензодиазепины
- назначить блокаторы кальциевых каналов
- назначить диуретики
- провести одномоментную отмену психотропных средств рассогласование с вопросом

При лечении данного осложнения показано назначение

- назначить бензодиазепины
- назначить блокаторы кальциевых каналов
- назначить диуретики
- провести одномоментную отмену психотропных средств рассогласование с вопросом

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 22 лет находится на лечении в остром отделении психиатрической больницы. До поступления в стационар принимал бромдигидрохлорфенилбензодиазепин 5 мг в сутки. При поступлении бромдигидрохлорфенилбензодиазепин был отменен. Назначен тразодон 150 мг в сутки, кветиапин 25 мг на ночь. На вторые сутки пребывания в стационаре состояние больного резко ухудшилось

Жалобы

На

- * усиление тревоги
- * нарушение сна
- * повышенную потливость
- * учащенное сердцебиение
- * головную боль
- * тремор
- * неприятные ощущения в животе

Анамнез заболевания

Изменения психического состояния стали отмечаться с подросткового возраста. С этого времени стали периодически возникать состояния беспричинного не поддающегося объяснению беспокойства и тревоги в различных ситуациях, временами перерастающие в приступы "необъяснимого сильного страха" проходившие самопроизвольно. Начал "комплексовать" по поводу своей внешности, стеснялся находиться в компании сверстников. Испытывал трудности и беспокойство в общении с противоположным полом, чувствовал слабость во всем теле скованность, учащенное сердцебиение. Через несколько лет к перечисленным выше расстройствам появился страх нахождения в замкнутых помещениях: лифт, общественный транспорт, особенно метро. Стал избегать душные помещения с большим количеством людей. Находясь в таких ситуациях, испытывал непреодолимое желание покинуть место, где находился, так как становилось трудно дышать. Появился страх остаться без помощи в трудной ситуации, стал с тревогой ожидать ухудшение своего состояния. Нарушился сон. С этого времени перестал ездить в метро, не заходил в лифт без сопровождения. Был нерешительным, любые перемены пугали, вызывали чувство напряжения и тревоги. Последний год для коррекции сна и купирования тревоги начал принимать бромдигидрохлорфенилбензодиазепин. Постепенно доза препарата увеличилась до 5 мг в сутки, так как начальные низкие дозы препарата уже не помогали. Обратился в ПНД по месту жительства и был госпитализирован в психиатрический стационар.

Анамнез жизни

Наследственность манифестными психозами не отягощена. Отец больного

страдал алкоголизмом. Родился от первой беременности, в срок. Беременность и роды у матери протекали без патологии. Раннее развитие без особенностей. Детские инфекции перенес без осложнений. Рос активным, подвижным, конфликтным ребенком, часто дрался со сверстниками. В возрасте 4-х лет родители пациента развелись, с отчимом у больного складывались конфликтные отношения. В школу пошел в возрасте 6 лет. Учился плохо, без интереса. После окончания 9 класса поступил в ювелирное училище. После окончания училища работал ювелиром. В армии не служил. Не женат. Последние два года употребляет пиво до 1-2 бутылок 2-3 раза в неделю. Абстинентный синдром не сформирован. Наркотические средства не употребляет.

Объективный статус

Больной в сознании, ориентирован в месте, времени, собственной личности. Выглядит беспокойным, тревожным. Говорит о резком ухудшении состояния в последние сутки с усилением тревоги и появлением бессонницы. Считает свое состояние крайне тягостным, говорит, что устал бороться с тревогой. В соматическом статусе обращает на себя внимание бледность кожных покровов, гипергидроз, тахикардия, повышение артериального давления до 160/100 мм. рт. ст.

Следует провести анализ динамики психического заболевания и характера психопатологической симптоматики с определением ведущего психопатологического синдрома или симптома, которым в данном случае является (-ются)

- обсессии и компульсии
- тревога и агорафобия
- социальная фобия
- депрессия

С целью диагностики сопутствующего заболевания или осложнения основного заболевания состояния следует провести

- обсессии и компульсии
- тревога и агорафобия
- социальная фобия
- депрессия

Результаты обследования

Неврологическое обследование

При неврологическом обследовании выявляется мидриаз, тремор, повышение мышечного тонуса, миоклонус.

Консультация окулиста

Патологии органов зрения не обнаружено.

Консультация терапевта

Внутренние органы без патологии.

Консультация нейрохирурга с проведение КТ головного мозга

Объемного поражения ЦНС не обнаружено.

В соответствии с критериями МКБ-10 необходимо выставить диагноз психического заболевания

- обсессии и компульсии
- тревога и агорафобия
- социальная фобия
- депрессия

Диагноз

F 41.1 Генерализованное тревожное расстройство

F 41.0 Паническое расстройство

F 40.1 Социальная фобия

F 42 Обсессивно-компульсивное расстройство

Коморбидным психическим заболеванием в соответствии с МКБ-10 является

- F 40.1 Социальная фобия
- F 40.0 Агорафобия
- F 41.2 Смешанное тревожное и депрессивное расстройство
- F 43.1 Посттравматическое стрессовое расстройство

Необходимо провести дифференциальную диагностику с

- F 43.2 Расстройством адаптации
- F 42 Обсессивно-компульсивным расстройством
- F 43.1 Посттравматическим стрессовым расстройством
- F 41.0 Паническим расстройством

Осложнением основного заболевания является

- синдром отмены бензодиазепинов
- тираминовый синдром
- серотониновый синдром
- нейрорептический паркинсонизм

Возникшее у больного осложнение необходимо дифференцировать

- с серотониновым синдромом
- со злокачественным нейрорептическим синдромом
- с психофармакологическим делирием
- с экстрапирамидным нейрорептическим синдромом

Факторами риска развития побочного эффекта, в данном случае, является

- длительный прием высоких доз бензодиазепинов и их резкая отмена
- назначение атипичного антипсихотика в сочетании с антидепрессантом
- назначение кветиапина
- назначение тразодона

Больному с целью купирования осложнения необходимо

- возобновить прием бензодиазепинов в дозе составляющей не менее 50% от дозы, принимаемой ранее
- назначить барбитураты в дозировке, эквивалентной ранее принимаемым бензодиазепинам
- назначить антипаркинсонические корректоры в максимальной суточной дозировке под контролем АД
- провести одномоментную отмену всех психотропных средств, назначить инфузионную терапию, витаминотерапию

С целью седации целесообразно назначить

- антипсихотики с седативным действием, которые не снижают порог судорожной активности
- традиционные антипсихотики с выраженным седативным действием в условиях реанимационного отделения
- атипичные антипсихотики с выраженным седативным действием в условиях реанимационного отделения
- трициклические антидепрессанты и противосудорожные препараты под контролем ЭЭГ

К антипсихотикам, в наибольшей степени снижающих порог судорожной активности относятся

- алимемазин, перфеназин, сульпирид
- хлорпротиксен, зуклопентиксол, флупентиксол
- клозапин, хлорпромазин, перициазин
- кветиапин, рисперидон, левомепромазин

После купирования осложнения в лечении больного целесообразно использовать

- алимемазин, перфеназин, сульпирид
- хлорпротиксен, зуклопентиксол, флупентиксол
- клозапин, хлорпромазин, перициазин
- кветиапин, рисперидон, левомепромазин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 48 лет находится на лечении в остром отделении психиатрической больницы. После купирования острой симптоматики галоперидолом в дозе 15 мг в сутки больной был переведен на терапию сертиндолом 20 мг в сутки, амитриптилином 50 мг в сутки.

Жалобы

На

* сниженное настроение

* слабость

* сердцебиение

* потемнение в глазах

Анамнез заболевания

Психическое состояние больного ухудшилось в возрасте 33 лет. Стал напряжен, подозрителен, говорил о преследовании со стороны спецслужб, боялся, что ему могут подбросить наркотики. Лечился амбулаторно. Принимал галоперидол 15 мг в сутки в сочетании с тригексифенидилом. Постепенно состояние улучшилось. Смог продолжить работу по специальности. Повторное обострение заболевания в возрасте 40 лет. Снизилось настроение, стал подавленным, напряженным, подозрительным. Вновь появились идеи преследования, ожидал провокаций в свой адрес, говорил, что его хотят подставить и посадить в тюрьму. В течение 3-х месяцев находился на лечении в психиатрической

больнице по месту жительства. Сначала получал галоперидол, затем в связи с плохой переносимостью традиционных антипсихотиков и появлением экстрапирамидных побочных эффектов, галоперидол был заменен на рисперидон. После купирования острых психотических расстройств был выписан на амбулаторное лечение рисперидоном пролонгированная форма 25 мг 1 раз в 2 недели внутримышечно. В течении последующих 8 лет у больного отмечалась терапевтическая ремиссии. Очередное ухудшение состояния произошло незадолго до настоящей госпитализации. Оно было спровоцировано разводом и конфликтными отношениями с женой. Снизилось настроение, нарушился сон, вновь стал говорить о преследовании, боялся отравления газообразными веществами, заявлял, что ему могут устроить провокацию с наркотиками и посадить в тюрьму. В состоянии острого психозы был госпитализирован в психиатрический стационар.

Анамнез жизни

Наследственность отягощена. Тетка и ее дочь по линии матери лечились в психиатрическом стационаре. Беременность и роды у матери больного протекали без патологии. Раннее развитие правильное. Учеба с 7 лет. По характеру рос общительным, жизнерадостным, эмоциональным. Успеваемость в школе была высокой. После окончания школы поступил и закончил высшее учебное заведение. Получил специальность инженера. Работал по специальности в структуре МВД. В 40 лет ушел на пенсию по выслуге лет. В настоящее время в разводе. Детей не имеет. Вредные привычки отрицает. Из перенесенных заболеваний пролапс митрального клапана, стенокардия напряжения.

Объективный статус

Больной в сознании, полностью ориентирован, доступен продуктивному речевому контакту, охотно отвечает на вопросы, формулирует свои жалобы. Выглядит заторможенным, подавленным, выражение лица печальное. Отрицает наличие слуховых обманов восприятия и идей преследования. В отделении поведение упорядоченное. Тяготится пребыванием в больнице, интересуется сроками выписки. В соматическом статусе тахикардия до 110 уд в мин. АД 130/80 мм. рт. ст. Внутренние органы без патологии.

Следует провести анализ динамики психического заболевания и характера психопатологической симптоматики с определением ведущего психопатологического синдрома или симптома, которым у данного пациента является

- паранойяльный синдром
- маниакально-бредовой синдром
- бредовой вариант галлюцинаторно-параноидного синдрома

- парафренный синдром

С целью диагностики сопутствующего заболевания или осложнения основного заболевания состояния следует провести

- паранойяльный синдром
- маниакально-бредовой синдром
- бредовой вариант галлюцинаторно-параноидного синдрома
- парафренный синдром

Результаты обследования

Электрокардиографическое исследование

Синусовая тахикардия удлинение интервала Q-T.

Электроэнцефалография

Эпилептической активности не выявлено, усилен индекс медленноволновой активности.

Магнитно-резонансная томография головного мозга

Патологических изменений не обнаружено.

Рентгеноскопия органов грудной клетки

Очаговых инфильтративных изменений в легких не определяется. Плевральные синусы свободные. Тень сердца не изменена.

Повышение интервала Q-T диагностируется при его значении более

+ _____ + мс

- 150
- 250
- 450
- 650

С удлинением интервала Q-T связывают

- развитие ортостатической гипотонии
- развитие брадикардии и снижение артериального давление
- обострение ишемической болезни сердца
- развитие желудочковой тахикардии и риск внезапной смерти

При лечении атипичными антипсихотиками мониторинг электрокардиограммы необходимо один раз в

- месяц
- 6 месяцев

- год
- 3 месяца

В соответствии с критериями МКБ-10 необходимо выставить диагноз психического заболевания

- месяц
- 6 месяцев
- год
- 3 месяца

Диагноз

F 20.0 Шизофрения параноидная

F 25 Шизоаффективное расстройство

F21 Шизотипическое расстройство

F 23.2 Острое шизофреноформное психотическое расстройство

Установить тип течения заболевания

- F 20.03 Эпизодический ремитирующий (рекуррентный) тип течения
- F 20.00 Непрерывный тип течения
- F 20.07 Другой тип течения
- F 20.01 Эпизодический тип течения

Осложнением основного заболевания является

- кардиотоксическое побочное действие психофармакотерапии
- пароксизмальная тахикардия
- обострение ишемической болезни сердца
- миокардит

Фактором риска появления кардиотоксических побочных эффектов психофармакотерапии является

- резидуальная церебральная органическая недостаточность
- использование высоких доз психотропных средств
- сопутствующая сердечная патологии
- патология печени и почек с нарушением их функции

Наиболее часто удлинение интервала Q-T встречается при лечении

- рисперидоном, палиперидоном, карипразином
- кветиапином, оланзапином, апипиразолом
- сертиндолом, зипрасидоном, клозапином
- амисульпиридом, сульпиридом, тиапридом

Среди антидепрессантов кардиотоксическим действием обладают

- селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина
- обратимые ингибиторы моноаминоксидазы
- селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
- трициклические антидепрессанты

Лечение больного заключается в

- селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина
- обратимые ингибиторы моноаминоксидазы
- селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
- трициклические антидепрессанты

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Молодая пациентка 20 лет находится на лечении в городской психиатрической больнице по поводу острого психотического эпизода. Получает терапию галоперидол 15 мг в сутки внутримышечно, сертралин 50 мг, тригексифенидил 4 мг в сутки. Терапия проводится на протяжении 3-х недель.

Жалобы

на

* неусидчивость, невозможность стоять на месте, потребность менять положение тела, находиться в постоянном движении

* тревогу, усиливающуюся к вечеру

* нарушение сна

* сниженное настроение

Анамнез заболевания

Психически больна с 18 лет, когда впервые с острым психотическим состоянием

была госпитализирована в психиатрический стационар. При поступлении была тревожной, высказывала идеи самообвинения, говорила, что ее мысли известны окружающим, считала, что должна скоро умереть, временами застывала в вычурных позах. После проведения курса антипсихотической терапии, была выписана домой в состоянии ремиссии. В течении двух лет чувствовала себя хорошо, по характеру не менялась, продолжила учебу в вузе. Психическое состояние больной изменилось незадолго до госпитализации. Снизилось настроение. Стала рассуждать о смысле жизни. Находила у себя симптомы различных заболеваний. Пришла к выводу, что она болеет СПИД и заразила окружающих. Просила сделать ей смертельный укол. В таком состоянии была госпитализирована в психиатрический стационар.

Анамнез жизни

Мать больной состоит на учете в ПНД, злоупотребляет алкоголем. Беременность у матери протекала с токсикозом, роды со стимуляцией и ранним отхождением околоплодных вод. С детства плохо переносила жару и духоту, езду в транспорте. Часто жаловалась на головные боли. Росла общительной, активной, послушной. После окончания школы, поступила в вуз. Вредных привычек не имеет.

Объективный статус

Во время осмотра выглядит беспокойной. Фон настроения снижен. Постоянно находится в движении, не может оставаться на одном месте, перебирает с ноги на ногу. Внезапно начинает плакать, заявляя, что ее состояние невыносимо, просит отменить лечение или сделать ей смертельный укол, который она заслуживает, так как заразила своих родных и знакомых СПИДом.

Следует провести анализ динамики психического заболевания и характера психопатологической симптоматики с определением ведущего психопатологического синдрома, которым у данной больной является
+ _____ + синдром

- парафренный
- депрессивно-параноидный
- галлюцинаторно-параноидный
- маниакально-бредовой

При проведении неврологического осмотра выявлены двигательные нарушения в виде

- гиперкинетического синдрома
- акинетико-ригидного синдрома
- акатизии и тасикинезии

- психомоторного возбуждения, связанного с обострением основного психического заболевания

В соответствии с критериями МКБ-10 необходимо выставить диагноз психического заболевания

- гиперкинетического синдрома
- акинетико-ригидного синдрома
- акатизии и тасикинезии
- психомоторного возбуждения, связанного с обострением основного психического заболевания

Диагноз

F 25. Шизоаффективное расстройство

F 20.01 Шизофрения параноидная эпизодический тип течения с нарастающим дефектом

F21.8 Шизотипическое расстройство

F31.2 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании с психотическими симптомами

Необходимо провести дифференциальную диагностику с диагнозом

- F 33.3 Рекуррентное депрессивное расстройство. Депрессивный эпизод с психотическими симптомами
- F 20.2 Шизофрения кататоническая
- F 21 Шизотипическое расстройство
- F 20.0 Шизофрения параноидная непрерывнотекущая

Сопутствующим заболеванием или осложнением основного заболевания является/являются

- острая нейролептическая акатизия
- кататонический синдром
- острые дискинезии
- нейролептический паркинсонизм

Экстрапирамидные расстройства, возникшие у больной, относятся к

- ранним побочным эффектам, возникающим в первые недели с момента начала терапии нейролептиками
- отдаленным побочным эффектом, возникающим спустя месяцы или годы с момента начала антипсихотической терапии
- ранним побочным эффектом, возникающим в первые часы и дни с момента начала нейролептической терапии
- побочным эффектом, которые возникают независимо от длительности нейролептической терапии

Фактором (факторами) риска развития побочного эффекта, в данном случае, является (-ются)

- явления резидуальной церебральной органической недостаточности, связанной с перинатальными вредностями
- развитие заболевания в молодом возрасте
- использование антипаркинсонических корректоров
- длительное течение заболевания

Больной с целью коррекции побочного эффекта следует

- назначить дофаминергические средства
- провести одномоментную отмену психотропных средств
- увеличить дозу тригексифенидила до 6-8 мг в сутки
- увеличить дозу антипсихотика

Препаратом первого выбора в данном случае может являться

- толперизон
- бромокриптин
- бипериден
- амантадин

Дополнительно к центральным холиноблокаторам целесообразно назначить

- тизанидин
- верапамил
- метопролол
- пропранолол

Для уменьшения психического компонента синдрома острой нейролептической акатизии целесообразно назначить

- бензодиазепины
- соли вальпроевой кислоты
- антидепрессанты

- препараты нейрометаболического действия

При отсутствии эффекта от терапии рекомендуется

- бензодиазепины
- соли вальпроевой кислоты
- антидепрессанты
- препараты нейрометаболического действия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная выписана из психиатрического стационара на амбулаторное лечение в ПНД по месту жительства. Принимает трифлуоперазин 15 мг в сутки, хлорпромазин 100 мг на ночь, тригексифенидил 4 мг в сутки.

Жалобы

На

- * на заторможенность
- * апатию и отсутствие желаний
- * не возможность заставить себя приготовить пищу.
- * потерю интереса к жизни

Анамнез заболевания

Психическое состояние больной изменилось в возрасте 25 лет. После разрыва отношений с молодым человеком снизилось настроение, была подавлена, не могла работать. Стало казаться, что сотрудники на работе подозрительно на нее смотрят, обвиняют в аморальном поведении. Говорила, что отец преследует ее как женщину. Постепенно состояние больной улучшилось. Больная успокоилась, продолжала работать. Но при этом постоянно занималась анализом собственных поступков, поведением окружающих. Через год познакомилась с молодым человеком, встречалась с ним, вступила в интимную связь, привязалась к нему. Постепенно стала замечать, что молодой человек стал реже с ней встречаться, появились подозрения, что он ей изменяет, приводила доводы, сопоставляла фаты. Вспомнила, что он нравился ее подруге по работе. Стала беспокойной, тревожной. В ночь перед поступлением не спала. Говорила, что молодой человек ей «подставлен», что он сотрудник ФСБ и следит за ней, так как у нее есть друзья среди иностранцев. При поступлении в

психиатрический стационар была возбуждена, растеряна, не может связно рассказать, что с ней происходит. Говорит, что произошло что-то страшное, что она должна попасть в тюрьму, больницу при этом называет следственным учреждением. Считает, что ее слова записывают на диктофон. Называет себя государственным преступником. Ощущает на себе воздействие через компьютеры. В отделении больной была назначена терапия трифлуоперазином 20 мг в сутки, хлорпромазин 100 мг на ночь. В последующем в связи с появлением экстрапирамидной симптоматики добавлен тригексифенидил 6 мг в сутки. В течении месяца нахождения в стационаре продуктивная психопатологическая симптоматика была купирована. Больная выписана домой, на амбулаторное лечение в ПНД по месту жительства.

Анамнез жизни

Дядя и тетка по линии матери страдали депрессиями. Дядя покончил жизнь самоубийством. Беременность и роды у матери протекали без патологии. Родилась 8-ми месячной. Ранее развитие правильное. По характеру росла замкнутой, не любила делиться своими переживаниями, холодной по отношению к родителям. Окончила школу и библиотечный институт. После окончания вуза работала по специальности. Личная жизнь сложилась неудачно. Было несколько увлечений, закончившихся разрывом. Вредных привычек не имеет.

Объективный статус

Выглядит заторможено, движения и походка замедленные, лицо маскообразное. Отмечается тремор верхних конечностей. При исследовании мышечного тонуса выявляется симптом «зубчатого колеса». Бредовые и галлюцинаторные переживания не выявляются. Фон настроения снижен. Говорит, что не верит в возможность выздоровления, что потеряла интерес к жизни, что ей очень тяжело и что иногда хочется заснуть и не проснуться, чтобы избавиться от мучений.

Следует провести анализ динамики психического заболевания и характера психопатологической симптоматики с определением ведущего психопатологического синдрома при поступлении в стационар, которым у данной больной является + _____ + синдром

- маниакально-бредовой
- депрессивно-параноидный
- депрессивный
- галлюцинаторно-параноидный

Ведущим психопатологическим синдромом является

- галлюцинаторно-параноидный
- депрессивный
- обсессивно-компульсивный
- депрессивно-параноидный

В соответствии с критериями МКБ-10 необходимо выставить диагноз психического заболевания

- галлюцинаторно-параноидный
- депрессивный
- обсессивно-компульсивный
- депрессивно-параноидный

Диагноз

F 25.0 Шизоаффективное расстройство, депрессивный тип

F 33. 3 Рекуррентное депрессивное расстройство. Тяжелый депрессивный эпизод с психотическими симптомами

F 23.2 Шизофреноформное расстройство

F 20.01 Шизофрения параноидная, эпизодический тип течения

Необходимо провести дифференциальную диагностику с

- F 21.8 Шизотипическим расстройством личности
- F 23.2 Острым шизофреноформным расстройством
- F20.01 Шизофренией параноидной, эпизодический тип течения
- F 33.34 Рекуррентным депрессивным расстройством. Депрессивно-бредовое состояние, монополярный тип с неконгруэнтным аффекту бредом

Сопутствующее заболевание или осложнение основного заболевания в данном случае - это

- нейрорептическая депрессия
- нейрорептический паркинсонизм
- реактивная депрессия
- постшизофреническая депрессия

Факторами риска развития побочного эффекта, в данном случае, является

- наличие наследственной отягощенности психическими заболеваниями
- использование традиционных антипсихотиков в сочетании с антипаркинсоническими корректорами
- молодой возраст и ранняя манифестация заболевания
- использование хлорпромазина в период терапевтической ремиссии

Другим фактором риска развития побочного эффекта является (-ются)

- бедовые переживания неконгруентные аффекту
- шизоаффективная структура приступа с наличием ведущего депрессивного аффекта
- рекуррентный тип течения заболевания
- ранняя манифестация заболевания

Дальнейшее лечение больной следует проводить

- дома под наблюдением участкового психиатра
- в остром отделении психиатрического стационара
- в психосоматическом отделении
- в дневном стационаре при ПНД или психиатрической больницы

Для лечения больной необходимо

- уменьшить дозы антипсихотика и назначении препаратов нейрометаболического действия
- отменить хлорпромазин и увеличить дозу антипаркинсонического корректора
- отменить центральные холиноблокаторы и назначить дофаминергические средства
- перевести больного на атипичные антипсихотики

При отсутствии эффекта целесообразно

- заменить традиционные антипсихотики на атипичные антипсихотики
- назначить препараты нейрометаболического действия
- назначить в качестве корректоров дофаминергические средства в адекватной дозировке
- провести одномоментную отмену психотропных средств под контролем анализов крови

Если депрессивная симптоматика сохраняется после исчезновения экстрапирамидных симптомов целесообразно к проводимой терапии добавить

- антидепрессанты

- нормотимики
- нейрометаболические стимуляторы
- транквилизаторы

Антидепрессантами первой линии в данном случае являются

- антидепрессанты
- нормотимики
- нейрометаболические стимуляторы
- транквилизаторы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная 65 лет находится на амбулаторном лечении в психоневрологическом диспансере. Получает в течение последних полутора лет трифлуоперазин 20 мг в сутки, хлорпромазин 50 мг на ночь, тригексифенидил 4 мг в сутки.

Жалобы

На

- * постоянные насильственные движения нижней челюсти, движение языка
- * нарушение речи
- * насильственное моргание
- * сниженное настроение
- * периодически возникающий голос, который подсказывает, что ей нужно делать

Анамнез заболевания

С подросткового возраста отмечала колебание настроения, с ощущением подавленности и тоски. В возрасте 40 лет, когда впервые с острым психозом была госпитализирована в психиатрическую больницу. В это время была тревожной, боялась выходить на улицу, говорила о преследовании спецслужб. Ухудшение состояния было спровоцировано конфликтной ситуацией на работе. Симптоматика была в течение месяца купирована в процессе антипсихотической терапии. После выписки поддерживающую терапию не принимала. Чувствовала себя хорошо, продолжила работать бухгалтером на прежнем месте. Повторное ухудшение состояния произошло в возрасте 65 лет и

совпало с предстоящим уходом на пенсию. Снизилось настроение, стала нарастать тревога, нарушился сон. Говорила, что ее подозревают в краже денег, требовала проверки, заявляла о слежке со стороны ФСБ, стала слышать голос, звучащий внутри головы, который подсказывает ей как нужно действовать. Была повторно госпитализирована в психиатрический стационар. В течение первого месяцев проводилось лечение галоперидолом 20 мг в сутки в сочетании с тригексифенидилом 6 мг в сутки. В связи с плохой переносимостью галоперидола и развитием экстрапирамидной симптоматики, галоперидол был заменен на трифлуоперазин. После купирования острых проявлений психоза, через 2 месяца после госпитализации, больная была выписана домой на амбулаторное лечение в ПНД по месту жительства.

Анамнез жизни

Наследственность психопатологическими заболеваниями не отягощена Раннее развитие без особенностей. По характеру была общительной, жизнерадостной, но вспыльчивой. После школы закончила вуз. Работала бухгалтером. Два раза была замужем, но семейная жизнь не сложилась. Детей не имеет. Вредные привычки отрицает. Последнее время принимает гипотензивную терапию в связи с повышенными цифрами артериального давления. При обследовании терапевтом диагностирован атеросклероз коронарных артерий.

Объективный статус

Во время осмотра выглядит спокойной, несколько заторможенной. Фон настроения снижен. Отрицает наличие идей преследования, сообщает, что продолжает слышать голос комментирующего и императивного характера. Во время осмотра совершает насильственные моргательные движения, жевательные движения нижней челюстью и движения языка, приводящие к нарушению речи.

Следует провести анализ динамики психического заболевания и характера психопатологической симптоматики с определением ведущего психопатологического синдрома, которым у данной больной является

- парафренный
- депрессивно-бредовой
- галлюцинаторно-параноидный
- кататонический

Характер двигательных нарушений, обнаруживаемых при неврологическом обследовании

- оральные гиперкинезы
- острые дискинезии

- акинетико-ригидный синдром
- психомоторное возбуждение, связанное с обострением основного психического заболевания

В соответствии с критериями МКБ-10 необходимо выставить диагноз психического заболевания

- оральные гиперкинезы
- острые дискинезии
- акинетико-ригидный синдром
- психомоторное возбуждение, связанное с обострением основного психического заболевания

Диагноз

F 20.0 Шизофрения параноидная

F 20.2 Шизофрения кататоническая

F21.8 Шизотипическое расстройство

F 25.0 Шизоаффективное расстройство

Типом течения заболевания в соответствии с МКБ-10 является

- F 20.07 Другой
- F 20.00 Непрерывный
- F 20.01 Эпизодический с нарастающим дефектом
- F 20.03 Эпизодический ремитирующий (рекуррентный)

Необходимо провести дифференциальную диагностику с

- F 22.81 Инволюционным параноидом
- F 25 Шизоаффективным расстройством
- F 20.2 Шизофренией кататонической
- F21 Шизотипическим расстройством

Осложнением основного заболевания является

- острые дискинезии
- кататонический синдром
- поздняя дискинезия
- нейрорептический паркинсонизм

Экстрапирамидные расстройства, возникшие у больной, относятся к

- ранним побочным эффектам, возникающим в первые дни с момента начала терапии нейролептиками
- отдаленным побочным эффектам, возникающим спустя месяцы и годы после начала нейролептической терапии
- ранним побочным эффектам, возникающим в первые недели с момента начала нейролептической терапии
- побочным эффектам, возникающим независимо от длительности нейролептической терапии

Факторами риска развития побочного эффекта, в данном случае, является

- использование антипаркинсонических корректоров
- пожилой возраст
- развитие заболевания в молодом возрасте
- длительное течение заболевания

Больной с целью коррекции побочного эффекта и дальнейшего лечения заболевания следует

- отменить традиционные антипсихотики и назначить атипичные антипсихотики
- провести одномоментную отмену психотропных средств
- назначить дофаминергические средства
- увеличить дозу антипаркинсонических корректоров

После перевода на атипичные антипсихотики больной целесообразно

- назначить миорелаксанты центрального действия
- назначить дофаминергические средства
- назначить бензодиазепины
- отменить антипаркинсонические корректоры центральные холиноблокаторы

Дополнительно к проводимой терапии целесообразно назначить

- пиридоксин
- альфа токоферола ацетат
- тиамин
- рибофлавин

Профилактика развития поздних дискинезий заключается в

- пиридоксин

- альфа токоферола ацетат
- тиамин
- рибофлавин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 24 года находится на лечении в психиатрической больнице по поводу хронического психического заболевания. Больному назначен галоперидол 15 мг в сутки, седалит 900 мг в сутки. Назначенную терапию принимает в течении 4 дней

Жалобы

На

* сведение мышц шеи с запрокидыванием и поворотом головы в левую сторону и назад

* страх и тревогу

Анамнез заболевания

Болен с 22 лет, когда впервые с острым психотическим состоянием был госпитализирован в психиатрический стационар. После проведения антипсихотической терапии и купирования психоза был выписан из стационара в состоянии терапевтической ремиссии. После выписки поддерживающую терапию не принимал. Чувствовал себя удовлетворительно. Продолжил обучение в вузе. По характеру не изменился. Оставался общительным, активным, жизнерадостным. Настоящее поступление в психиатрический стационар связано с обострением заболевания. Повысилось настроение, нарушился сон, был возбужден растерян. Стал говорить, что может читать мысли окружающих, управлять действиями людей, предсказывать будущее. Говорил, что обладает экстрасенсорными способностями. Одновременно с подъемом испытывал страх, говорил, что за ним ведется слежка со стороны спецслужб.

Анамнез жизни

Психопатологическая наследственность отягощена. У матери больного отмечались колебания настроения и незавершенный суицид. У бабушки по линии отца болезнь Альцгеймера. Беременность у матери протекала с токсикозом. Родился недоношенным. В возрасте 4 лет получил черепно-мозговую травму с потерей сознания, диагностировали сотрясение мозга. По характеру рос активным, общительным, имел много друзей, занимался

спортом. Вредных привычек не имеет. Закончил школу. В настоящее время является студентом вуза.

Объективный статус

Выглядит тревожным, беспокойным, отмечается сведение мышц шеи с ее запрокидыванием в сторону и назад.

Следует провести анализ динамики психического заболевания и характера психопатологической симптоматики с определением ведущего психопатологического синдрома, которым у данной больной является

- галлюцинаторно-параноидный
- кататонический
- депрессивно-бредовой
- маниакально-бредовой

С целью диагностики сопутствующего заболевания или осложнения основного заболевания следует провести неврологическое обследование

- галлюцинаторно-параноидный
- кататонический
- депрессивно-бредовой
- маниакально-бредовой

Результаты обследования

Оценка характера двигательных нарушений с изучением мышечного тонуса

Диагностирован тортиколлис. Мышечный тонус не повышен. Симптом «зубчатого колеса» не определяется.

Определение патологических кистевых и стопных рефлексов

Патологические кистевые и стопные рефлексы отсутствуют.

Определение ригидности затылочных мышц

Менингеальные знаки не определяются.

Определение нистагма

Нистагм отсутствует.

**Ведущим неврологическим синдромом является + _____ +
синдром**

- пирамидный
- акинетико-ригидный
- дискинетический
- гиперкинетический

В соответствии с критериями МКБ-10 диагнозом у больного является

- пирамидный
- акинетико-ригидный
- дискинетический
- гиперкинетический

Диагноз

F 25.0 Шизоаффективное расстройство, маниакальный тип

F 20.01 Шизофрения параноидная эпизодический тип течения

F21.8 Шизотипическое расстройство

F 23.1 Острое полиморфное психическое расстройство с симптомами шизофрении

Сопутствующим синдромом является (ются)

- кататонический
- нейролептический паркинсонизм
- нейролептические поздние дискинезии
- нейролептические острые дискинезии

Больному в качестве препаратов первой линии следует назначить парентерально

- антихолинэстеразные средства
- дофаминергические средства
- центральные холиноблокаторы
- миорелаксанты центрального действия

Больному в качестве препаратов второй линии можно назначить парентерально

- бензодиазепины
- нейрометаболические стимуляторы
- миорелаксанты центрального действия
- антихолинэстеразные средства

Больному целесообразно назначить парентерально

- тизанидин
- бипериден
- прозерин
- хлорпромазин

Больному в качестве препарата второй линии можно назначить парентерально

- дифенилгидрамин
- прозерин
- хлорпромазин
- прометазин

Больному в качестве препарата второй линии можно парентерально назначить

- диазепам
- каберголин
- леводопа
- бромокриптин

Противопоказанием для назначения центральных холиноблокаторов является

- нарушение функции печени и почек
- удлинение интервала QT на ЭКГ
- закрытоугольная глаукома и повышение внутриглазного давления
- нарушение желудочковой проводимости

После купирования двигательных нарушений больному следует

- нарушение функции печени и почек
- удлинение интервала QT на ЭКГ
- закрытоугольная глаукома и повышение внутриглазного давления
- нарушение желудочковой проводимости

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 20 года находится на лечении в психиатрической больнице по поводу острого психотического состояния. При поступлении больному назначен трифлуоперазин 10 мг в сутки внутримышечно. Назначенную терапию принимает в течении 5 дней.

Жалобы

На

* периодически возникающие насильственные и приступообразные сведение мышц шеи, лица и рта с высовыванием языка

* затруднение глотания и дыхания

* насильственный поворот головы назад

Анамнез заболевания

Ранее за психиатрической помощью не обращался. Психическое состояние изменилось остро за несколько дней до госпитализации. Стал возбужденным, растерянным. Говорил, что его завербовали спецслужбы. Считал, что его мысли и действия контролируются неизвестными людьми, что за ним ведется наблюдение через персональный компьютер. Замечал, что ему посылают особые знаки. Временами незнакомых людей принимал за знакомых. Перестал спать ночами.

Анамнез жизни

Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Беременность у матери протекала с токсикозом и угрозой выкидыша. Раннее развитие без патологии. По характеру рос активным общительным. Занимался спортом. Закончил школу. В настоящее время является студентом вуза. В возрасте 15 лет изменился в поведении. Стал проводить время с компанией асоциальных подростков. Начал употреблять алкоголь. Крепким спиртным напиткам предпочитал пиво, которое употреблял до 1литра в сутки с частотой 2-3 раза в неделю. Абстинентный синдром не сформирован. С 18 стал эпизодически курить марихуану 1-2 раза в неделю в компании знакомых.

Объективный статус

Во время осмотра выглядит спокойным, несколько заторможенным. Правильно ориентирован в месте, времени и собственной личности. Адекватно отвечает на вопросы, выполняет инструкции. Отрицает наличие идей преследования и слуховых обманов восприятия. Не может внятно объяснить причину поступления в психиатрический стационар. Сказал, что в голове была фантастика. Казалось, что за ним следят через компьютер, подают ему особые знаки. Изменение психического состояния не связывает с курением марихуаны, так как на протяжении последних двух месяцев жил за городом и воздерживался от употребления. Во время осмотра перетаптывается с ноги на ногу. Жалуется на учащенное сердцебиение.

Следует провести анализ динамики психического заболевания и характера психопатологической симптоматики с определением ведущего психопатологического синдрома, которым у данной больной является

- маниакально-бредовой
- галлюцинаторно-бредовой (бредовой вариант)
- депрессивно-бредовой
- парафренный

С целью дифференциальной диагностики состояния следует провести

- маниакально-бредовой
- галлюцинаторно-бредовой (бредовой вариант)
- депрессивно-бредовой
- парафренный

Результаты обследования

Анализ мочи на содержание психоактивных веществ

В моче психоактивных веществ не обнаружено.

Общий анализ мочи

Патологии не обнаружено.

Клинический анализ крови

Патологии не обнаружено.

Биохимический анализ крови

Патологии не обнаружено.

С целью диагностики сопутствующего заболевания или осложнения основного заболевания следует провести

- маниакально-бредовой
- галлюцинаторно-бредовой (бредовой вариант)
- депрессивно-бредовой
- парафренный

Результаты обследования

Оценка двигательных нарушений и изучить состояние мышечного тонуса

Диагностирован оральный синдром Куленкампа-Тарнова. Мышечный тонус не повышен, симптом “зубчатого колеса” отсутствует.

Определение патологических кистевых и стопных рефлексов

Патологические кистевые и стопные рефлексы отсутствуют.

Определение ригидности затылочных мышц

Менингеальные знаки не определяются.

Определение нистагма

Нистагма нет.

Ведущий неврологический синдром или симптом

- оральные дискинезии
- гиперкинетический
- акинетико-ригидный
- пирамидный

В соответствии с критериями МКБ-10 необходимо выставить диагноз психического заболевания

- оральные дискинезии
- гиперкинетический
- акинетико-ригидный
- пирамидный

Диагноз

F 23.2 Острое шизофреноформное расстройство

F 20.01 Шизофрения параноидная эпизодический тип течения

F21.8 Шизотипическое расстройство

F 25.0 Шизоаффективное расстройство

Сопутствующее заболевание или психопатологический синдром - это

- поздние дискинезии
- нейролептические острые дискинезии
- кататонический синдром
- нейролептический паркинсонизм

Больному с целью профилактики повторного развития двигательных нарушений целесообразно в качестве препаратов первой линии назначить

- миорелаксанты центрального действия
- антихолинэстеразные средства

- центральные холиноблокаторы
- дофаминергические средства

Больному с целью профилактики повторного развития двигательных нарушений в качестве препаратов второй линии целесообразно назначить

- антихолинэстеразные средства
- миорелаксанты центрального действия
- дофаминергические средства
- нейрометаболические стимуляторы

Больному при повторном развитии двигательных нарушений для их купирования целесообразно назначить парентерально

- бипериден
- хлорпромазин
- прозерин
- тизанидин

Больному в качестве препарата второй линии при повторном развитии двигательных нарушений целесообразно назначить парентерально

- прометазин
- хлорпромазин
- тизанидин
- диазепам

К дофаминергическим средствам, применяемым при лечении экстрапирамидных нейролептических расстройств, относится

- каберголин
- бромокриптин
- леводопа
- амантадин

Противопоказанием для назначения центральных холиноблокаторов является

- каберголин
- бромокриптин
- леводопа
- амантадин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 32 лет доставлена в психиатрическую больницу.

Жалобы

Жалобы на бессонницу, чувство усталости.

Анамнез заболевания

В течение полугода была подавленной, заторможенной, плакала без причины, по утрам чувствовала себя усталой, «будто не спала», перестала справляться с работой. 2 месяца назад присоединилась раздражительность, устраивала скандалы мужу, подозревала его в изменах. Стала проверять содержимое его мобильного телефона, переписку в соцсетях. Перестала следить за собой, читать, смотреть телевизор. Родственникам заявляла, что знает о наличии у мужа второй семьи. Стала вести себя с ними агрессивно, выгоняла их из дома, выбрасывала их вещи. Обвиняла их в соучастии в изменах мужа (сняли им квартиру, помогают осуществлять связь тайком от нее, отдают любовнице мужа ее вещи). В течение 2 недель практически не ест, ночами не спит, бродит по квартире, на вопросы не отвечает, временами замирает на одном месте.

Анамнез жизни

- * Родилась в крупном городе в семье рабочих единственным ребенком.
- * Мать злоупотребляла алкоголем.
- * Роды, раннее развитие без особенностей.
- * В школу пошла с 7 лет, училась средне, без интереса. По характеру была активной, недисциплинированной. Часто прогуливала школу, с одноклассниками употребляла спиртные напитки.
- * После школы выучилась на повара и до недавнего времени работала по специальности.
- * Замужем с 26 лет, в 28 лет родила дочь.
- * Проживает с мужем и дочерью.
- * Алкоголем в последние годы не злоупотребляет, употребление наркотических веществ отрицает.

Объективный статус

* Психический статус*: Одеты неряшливо, волосы сальные. Мимика бедная,

выражение лица грустное. Сидит неподвижно, ссутулившись, на врача не смотрит, временами однообразно раскачивается, на высказывания врача не реагирует. При активном расспросе становится напряженной, подозрительной. На вопросы отвечает избирательно, с задержкой. Речь сбивчивая, непоследовательная. Больной себя не считает, убеждена, что муж при содействии родственников поместил ее в «психушку», чтобы не мешала жить с любовницей. Считает, что муж «хочет ее известить», и с этой целью что-то подмешивает ей в пищу. Узнает об этом, замечая в последнее время необычные запах и вкус пищи, старается ее не есть. Связывает нарушение сна и чувство усталости с действием отравленной мужем пищи.

При постановке диагноза данного расстройства необходимо учитывать, в первую очередь, данные + _____ + исследования (-ий)

- клинико-лабораторного и инструментального
- экспериментально-психологического
- клинико-генетического
- клинико-лабораторного и клинико-генетического

Пациенту в рамках обследования необходимо назначить консультацию

- терапевта и эндокринолога
- невролога и отоларинголога
- невролога и офтальмолога
- терапевта и невролога

Показателем тяжести психического состояния пациентки является

- отягощение анамнеза алкоголизацией
- наличие депрессивного аффекта
- наличие галлюцинаторных расстройств
- наличие признаков кататонии

У пациентки можно предположить диагноз

- отягощение анамнеза алкоголизацией
- наличие депрессивного аффекта
- наличие галлюцинаторных расстройств
- наличие признаков кататонии

Диагноз

Шизоаффективное расстройство

Бредовое расстройство

Шизофрения параноидная

Депрессивное расстройство

Пациентка страдает шизоаффективным расстройством

+ _____ + типа

- смешанного
- неуточненного
- депрессивного
- маниакального

Для течения шизоаффективного расстройства возможно (-ны)

- эпизоды смешанного аффекта с симптомами кататонии и отсутствием указанных симптомов между эпизодами
- одновременное присутствие аффективных и конгруэнтных аффекту бредовых расстройств и их полное отсутствие между эпизодами расстройства
- сохранение признаков кататонии вне зависимости от динамики других синдромов
- одновременное присутствие аффективных и шизофренических (с неконгруэнтным аффекту бредом) симптомов с сохранением симптомов шизофрении вне периодов наличия аффективных симптомов

Доминирующий синдром в продромальном периоде заболевания

- паранойяльный
- кататонический
- астенический
- депрессивный

Для купирования текущего состояния пациентки предпочтительно назначение

- антипсихотика и антидепрессанта
- нормотимика и антидепрессанта
- только антидепрессанта
- нормотимика и антипсихотика

При депрессивном типе шизоаффективного расстройства из нормотимиков предпочтителен

- депакин хроно
- ламотриджин
- карбонат лития
- верапамил

Одним из наиболее распространенных дозозависимых нейроэндокринных побочных эффектов антипсихотиков является

- гипотиреоз
- несахарный диабет
- гиперандрогения
- гиперпролактинемия

Основной метод диагностики заболеваний шизофренического спектра

- клинико-лабораторный
- клинический (клиническое интервью и наблюдение за поведением больного)
- экспериментально-психологический
- клинико-генетический

Страхи при шизофрении наиболее типичны для + _____ + возраста

- клинико-лабораторный
- клинический (клиническое интервью и наблюдение за поведением больного)
- экспериментально-психологический
- клинико-генетический

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 20 лет доставлен в психиатрическую больницу по скорой помощи.

Жалобы

Жалоб не предъявляет.

Анамнез заболевания

В течение года в условиях повышенной нагрузки в институте появилось несвойственное больному ранее легкомысленное отношение к учебе: вместо занятий гулял, ходил в кафе, играл в компьютерные игры. Когда дома брался за учебники – не мог сосредоточиться на тексте. Получил отказ в допуске до экзаменов.

В течение месяца становился все более взбудоражен, придирчив, конфликтовал с педагогами, грубил матери, заговаривался. Последние двое суток не спал, рвался из дома, в связи с чем был госпитализирован в психиатрический стационар.

Анамнез жизни

* Родился в крупном городе в семье служащих единственным ребенком.

* Роды, раннее развитие без особенностей.

* В школу пошел с 7 лет, успевал на «хорошо» и «отлично».

* После школы самостоятельно поступил на дневное бюджетное отделение престижного технического ВУЗа, где учится на 3 курсе.

* Родители характеризуют пациента как спокойного, уравновешенного, добросовестного.

* Женат не был.

* Проживает с родителями.

* Алкоголем не злоупотребляет, употребление наркотических веществ отрицает.

Объективный статус

Психический статус: Взбудоражен, суетлив, волосы всклокочены, темп речи резко ускорен, жестикулирует, перебивает врача. Речь сбивчивая, непоследовательная. Говорит, что открыл в себе веру в Бога, чувствует вину перед многими людьми за то, что жил в пошлости и лжи. Решил изменить свой внутренний мир, очиститься от снесьи. Чувствует исходящие от людей тепло или холод. Ощущает, что люди воздействуют на него гипнотически. Считает, что может сам подчинять других людей, воздействуя на их чувства. То щурит, то тарашит глаза, мимика манерная. Не понимает, где находится, не считает себя больным, требует отпустить в институт, которому грозит «педагогическая катастрофа».

При постановке диагноза данного расстройства необходимо учитывать, в первую очередь, данные + _____ + исследования (-ний)

- клинико-генетического

- клинико-лабораторного и клинико-генетического
- клинико-лабораторного и инструментального
- экспериментально-психологического

Пациенту в рамках обследования необходимо назначить консультацию

- терапевта и невролога
- невролога и офтальмолога
- невролога и отоларинголога
- терапевта и эндокринолога

В психическом статусе больного присутствуют элементы _____ синдрома

- обсессивного
- делириозного
- кататонического
- аментивного

У пациента можно предположить диагноз

- обсессивного
- делириозного
- кататонического
- аментивного

Диагноз

Шизоаффективное расстройство, смешанный тип

Биполярное аффективное расстройство

Шизофрения параноидная

Шизоаффективное расстройство, депрессивный тип

Ведущим синдромом в клинической картине является

- депрессивно-параноидный
- аффективно-параноидный
- кататоно-параноидный
- маниакально-параноидный

Типом течения, характерным для шизоаффективного расстройства является

- эпизодическое с нарастающим дефектом
- эпизодическое со стабильным дефектом
- эпизодическое ремитирующее
- непрерывное

Доминирующим синдромом в продромальном периоде заболевания является

- астенический
- гипоманиакальный
- психопатоподобный
- субдепрессивный

Для купирования текущего состояния описанного пациента предпочтителен препарат из группы

- антипсихотиков с выраженным селективным антипсихотическим действием
- антидепрессантов
- антипсихотиков с выраженным общим антипсихотическим действием
- нейропротекторов

Препарат окскарбазепин относится к группе препаратов

- антипсихотикам
- нейропротекторам
- антидепрессантам
- нормотимикам

Одним из наиболее распространенных дозозависимых нейроэндокринных побочных эффектов антипсихотиков является

- гиперандрогения
- гипотиреоз
- несахарный диабет
- гиперпролактинемия

Основной метод диагностики заболеваний шизофренического спектра - это

- экспериментально-психологический
- клинико-генетический
- клинический (клиническое интервью и наблюдение за поведением больного)
- клинико-лабораторный

Атипичная дисморфофобия при шизофрении наиболее типична для

+ _____ + возраста

- экспериментально-психологический
- клинико-генетический
- клинический (клиническое интервью и наблюдение за поведением больного)
- клинико-лабораторный

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 25 лет, привел на прием к врачу психиатру брат.

Жалобы

Пациент сам не высказывает.

Анамнез заболевания

Обращается к психиатрам повторно. Со слов брата пациента, впервые изменилось состояние два года назад: отмечался эпизод, когда стал возбужденным, говорил, что ему "плохо", боялся чего-то, прятался, однако состояние самопроизвольно стабилизировалось в течение суток. После этого появились странности в поведении - стал неопрятным, безразличным к происходящему, периодически был раздражителен. Через год стал подозревать слежку за собой, отказывался от обращения к врачам. Уехал в другой город сдавать экзамены, где стал открыто высказывать мысли о том, что его семья за ним шпионит, подсылает различных людей к нему, звонил и требовал, чтобы они "все ему рассказали". По настоянию родственников обращался к психиатру, назначались трифлуоперазин и тригексифенидил. Со слов родственников стал более упорядоченным, не говорил о "слежке", однако прекратил принимать препараты через месяц. На этом фоне состояние ухудшилось, перестал выходить на улицу, выключал телефон, чтобы "на него не могли воздействовать сигналом", задергивал шторы, "чтобы шпионы не могли узнать его мысли", говорил, что за ним "следит ФСБ", что его хотят убить, боялся «пропасть без вести». Госпитализировался в психиатрическую больницу, назначались галоперидол и тригексифенидил, через месяц был выписан с улучшением, продолжил обучение. Через некоторое время стал пропускать прием препаратов, 2 месяца назад полностью отказался от их приема, вновь обострилась вышеуказанная симптоматика. По настоянию брата обратился к врачу.

Анамнез жизни

- * Наследственность психопатологически не отягощена.
- * Перенес детские инфекции без осложнений.
- * Окончил институт, обучается в магистратуре.
- * Повышенного питания.
- * ЧМТ, эпилептики, регулярный приём алкоголя, употребление ПАВ отрицает.

Объективный статус

* Психический статус: * Пациент контакту доступен. Верно называет место пребывания, настоящую дату, паспортные данные. Внешне напряжён. Эмоционально маловыразителен. На вопросы отвечает не всегда по существу. Свои переживания практически не раскрывает, говорит: “Вы и так все обо мне знаете, зачем мне отвечать”. Соглашается на обследование и лечение по настоянию брата. Суицидальных тенденций на момент осмотра не обнаруживает.

Для установки диагноза при данном расстройстве в первую очередь необходимо проведение + _____ + исследования

- инструментального
- экспериментально-психологического
- клинико-лабораторного
- клинико-психопатологического

Пациенту можно поставить диагноз

- инструментального
- экспериментально-психологического
- клинико-лабораторного
- клинико-психопатологического

Диагноз

F20.0 Параноидная шизофрения

F23.1 Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении

F20.3 Недифференцированная шизофрения

F21 Шизотипическое расстройство

У данного пациента преобладает

- негативная симптоматика
- аффективная симптоматика
- позитивная симптоматика
- когнитивные нарушения

Исходя из описанной симптоматики у пациента можно выделить синдром

- апато-абулический
- онейроидный
- Кандинского-Клерамбо
- парафренный

Симптоматику развившуюся 2 года назад можно отнести к

- депрессивному эпизоду
- продромальным явлениям
- преморбидным особенностям личности
- началу психотического эпизода

С учетом повышенного веса пациента не рекомендовано назначение

- зипразидона
- оланзапина
- амисульприда
- галоперидола

Для оценки развития побочных явлений при терапии рисперидоном наиболее целесообразно проведение

- анализа крови на С-реактивный белок
- анализа крови на Т3, Т4
- общего анализа крови с целью исключения развития агранулоцитоза
- анализа крови на пролактин

Возможно более рано после купирования обострения пациенту рекомендовано направление на

- когнитивно-поведенческую психотерапию

- психообразование
- трудотерапию
- психоанализ

На этапе поддерживающей терапии пациенту рекомендовано назначение

- психотерапии
- пероральных форм антипсихотиков
- транквилизаторов
- антипсихотиков пролонгированного действия

Длительность поддерживающей терапии у данного пациента должна составлять

- пожизненно
- не менее 10 лет
- не менее 2-5 лет
- не менее 6 месяцев

Наиболее характерно приступообразное течение шизофрении при преобладании в клинической картине

- вербальных псевдогаллюцинаций
- систематизированного интерпретативного бреда
- негативных расстройств
- острого чувственного бреда

Пациентам с первым эпизодом шизофрении рекомендуется (-ются)

- вербальных псевдогаллюцинаций
- систематизированного интерпретативного бреда
- негативных расстройств
- острого чувственного бреда

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной 59 лет поступил на лечение по настоянию родственников в связи с нелепым странным поведением.

Жалобы

Сам активно жалоб не высказывает.

Анамнез заболевания

В течение последнего года супруга отмечает изменение характера больного. Стал нерасторопен, бестолков, неловок. Перестал выполнять привычную работу по дому, при этом с критикой и ворчанием комментирует действия жены. При настойчивой ее просьбе помочь, приступает к выполнению, но отказывается от деятельности при возникновении малейшего препятствия. Во время приготовления плова, который всегда хорошо готовил, испытал сложности, сомневался в последовательности действий, выглядел растерянным. Стал забывать названия некоторых предметов. Например, обращаясь к супруге, говорил «Принеси мне...это..., ну это...». Свою возникшую неловкость и растерянность, пытался скрыть, злился. Приехавшего в гости племянника узнал не сразу, только на следующий день, несмотря на то, что видел его около года назад. На работе с трудом выполнял свои должностные обязанности, испытывал сложности при усвоении нового материала, снизилась способность запоминать, фиксировать текущие события. Жена убедилась обратиться к психиатру после эпизода в метро, где долго не мог сориентироваться, как добраться до дома дочери.

Анамнез жизни

Раннее развитие проходило без особенностей. По примеру отца поступил в Высшее военное училище. Женат более 30 лет, имеет двух взрослых дочерей, проживают отдельно. Всегда был хорошим, работающим мужем, умел мастерить. Хорошо продвигался по службе. В последние годы в звании подполковника работал преподавателем в Военном училище. Курит, алкоголь употребляет умеренно. Никогда не употреблял психоактивных веществ. Считает себя здоровым человеком, к врачам обращался несколько раз по поводу обострений гастрита.

Объективный статус

При общении выглядит растерянным. Контакт доступен, готов делиться переживаниями, хотя подробно описать основные ситуации, вызывающие дискомфорт и беспокойство затрудняется и не до конца расположен. Выражение лица встревоженное, озадаченное, гипомимичное. Большую часть времени сидит с прямой спиной, не меняя позу, жестикулирует сдержанно. Речь обычной громкости, замедленна, подбор некоторых слов и построение сложных предложений затруднен. Отмечает ослабление памяти, в первую очередь на текущие события, в то время как далекое прошлое, события, происходившие в молодые годы, помнит хорошо. Сообщает о трудностях при сосредоточении, концентрации внимания. Допускает ошибки в простейшем счете, удивляется, что получается неправильный ответ. Считает, что это происходит из-за волнения. Обманов восприятия, продуктивной симптоматики выявить не удается.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- вербальных псевдогаллюцинаций
- систематизированного интерпретативного бреда
- негативных расстройств
- острого чувственного бреда

Результаты обследования

Исследование тиреотропина сыворотки крови

|=====

^a| *Наименование* ^a| *Референтные значения* ^a| *Результат*

^a| ТТГ (тиреотропный гормон) ^a| 0,4-4,2 мМЕ/л ^a| 3, 4 мМЕ/л

|=====

Анализ мочи по Нечипоренко

|=====

^a| *Форменные элементы мочи* ^a| *Нормальные показатели количества (для мужчин)* ^a| *Результат*

a| Лейкоциты ^a| До 2000 ^a| 700 клет/мл

a| Эритроциты ^a| До 1000 ^a| 1050 клет/мл

a| Цилиндры ^a| До 20 ^a| 17 клет/мл

|=====

Определение pH крови

pH крови – 6,4

Определение СОЭ

50 мм/ч

К необходимому для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- вербальных псевдогаллюцинаций
- систематизированного интерпретативного бреда

- негативных расстройств
- острого чувственного бреда

Результаты обследования

Электроэнцефалография головного мозга

Локального патологического очага не выявлено. Отмечаются умеренные диффузные изменения ЭЭГ в виде редукции основного ритма, превалирования низкоамплитудной дизритмии, усиление быстрого волновой ритмики, что указывает на активацию мезо-диэнцефальных отделов стволовых структур мозга на фоне снижения тонуса корковых структур.

Электрокардиография

Проведение ЭКГ (в 12 отведениях) 6-канальным автоматизированным электрокардиографом с расшифровкой.

Заключение: Синусовый ритм ЧСС 69 уд. в минуту. Нормальное положение электрической оси сердца. Умеренные изменения миокарда.

Магнитно-резонансная томография или компьютерная томография головного мозга

Заключение: единичные очаги атрофического изменения вещества головного мозга, в частности очаги атрофии в области гиппокампа. Умеренная наружная гидроцефалия заместительного характера.

Электронейромиография (декремент-тест)

Исследован декремент-тест с круговой мышцы глаза и мышцы, отводящей мизинец. При низкочастотной стимуляции (3/сек) выявляется снижение амплитуды М-ответа на 9% и 5% соответственно при норме до 10% и 5%. При проведении пробы с изометрическим напряжением увеличения декремента амплитуды не выявлено.

Заключение: данных, указывающих на поражение постсинаптической мембраны нервно-мышечного синапса не выявлено.

УЗДГ вен нижних конечностей в дуплексном режиме с цветным картированием

Аппарат: HITACHI HI VISION AVIUS

Доза облучения: мкЗв

Глубокая, поверхностная, общая бедренная вены проходимы, рефлюкса нет. Подколенная вена проходима, рефлюкса нет. Глубокие вены голени

(латеральный и медиальный синусы икроножной мышцы, синусы камбаловидной и длинной малоберцовой мышцы) проходимы. Перфорантные вены бедра, голени -проходимы, рефлюкса нет. СФС диаметром 5,3 мм, остиальный клапан состоятелен, рефлюкса нет. СФС - обычной формы, эктазии нет.БПВ проходима на всем протяжении, диаметр 3,8 мм - в/3: 3,6 мм - с/3: 2,9 мм на голени, рефлюкса нет. ПДПВ, ЗДПВ, вена Джакомини не определяются. СПС диаметром 2,5 мм, состоятельно, рефлюкса нет. СПС обычной формы, эктазии нет. МПВ проходима на всем протяжении, диаметр 1,5 мм - в/3: 1,2 мм - с/3, рефлюкса нет. На бедре и голени определяются множественные ТАЭСЛЕВА: Глубокая, поверхностная, общая бедренная вены проходимы, рефлюкса нет. Подколенная вена проходима, рефлюкса нет. Глубокие вены голени (латеральный и медиальный синусы икроножной мышцы, синусы камбаловидной и длинной малоберцовой мышцы) проходимы. Перфорантные вены бедра, голени – проходимы, рефлюкса нет.СФС диаметром 4,5 мм, остиальный клапан состоятелен, рефлюкса нет. СФС- обычной формы, эктазии нет. БПВ проходима на всем протяжении, диаметр 2,8 мм – в/3: 2,3 мм - с/3: 2,0 мм на голени, рефлюкса нет. ПДПВ, ЗДПВ, вена Джакомини не определяются. СПС диаметром 2,5мм, состоятельно, рефлюкса нет. СПС обычной формы, эктазии нет. МПВ проходима на всем протяжении, диаметр, 5 мм - в/3: 1,2 мм - с/3, рефлюкса нет. На бедре и голени определяются множественные ТАЭ

Заключение: Глубокие вены проходимы. Данных за тромбоз не выявлено. БПВ справа проходима, состоятельна. БПВ слева проходима, состоятельна. МПВ справа проходима, состоятельна. МПВ слева проходима, состоятельна. На обоих бедрах и обеих голени множественные ТАЭ.

УЗИ печени

Новообразований не выявлено

Учитывая клиническую картину заболевания у больного следует предположить наличие

- пресенильной деменции
- сенильной деменции
- делирия/спутанности сознания
- инволюционной депрессии

Одним из основных симптомов данного психического заболевания является нарушение

- мышления
- эмоционального реагирования
- восприятия

- памяти

В соответствие с критериями МКБ-10 больному следует выставить диагноз

- мышления
- эмоционального реагирования
- восприятия
- памяти

Диагноз

F00.0 Деменция при болезни Альцгеймера с ранним началом

F00.1 Деменция при болезни Альцгеймера с поздним началом

F23.2 Острое шизофреноподобное психотическое расстройство

F00.2 Деменция при болезни Альцгеймера, атипичная или смешанного типа

Расстройство узнавания с невозможностью распознавать или идентифицировать объекты пациентом, несмотря на сохранное чувственное восприятие, называют

- агнозией
- афазией
- парамнезией
- апраксией

Наблюдаемая у пациента потеря способности запоминать, фиксировать текущие события является + _____ + амнезией

- ретроантероградной
- антероградной
- фиксационной
- ретроградной

Основным немедикаментозным методом в дополнительном перечне медицинских услуг для лечения заболевания, профилактики и медицинской реабилитации является

- психотерапия
- плазмафарез

- лечебная акупунктура (иглотерапия)
- пихтовые ванны

Настоящее состояние больного соответствует понятию синдрома

- врожденного слабоумия
- помрачения сознания
- психоорганического
- шизофренического слабоумия

У больного имеются симптомы психического расстройства, в том числе, такое расстройство речи, как

- апраксия
- дизартрия
- афазия
- дислалия

Психиатрическое освидетельствование данного больного проводится

- только при наличии письменного согласия пациента
- только при наличии судебного решения
- при наличии письменного согласия супруги
- даже при отсутствии письменного согласия пациента

Данное психическое расстройство по нозологическому принципу следует классифицировать как

- только при наличии письменного согласия пациента
- только при наличии судебного решения
- при наличии письменного согласия супруги
- даже при отсутствии письменного согласия пациента

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 75 лет, на приеме со старшей дочерью, которая сообщает об ухудшении памяти, сильной забывчивости, беспокойстве, раздражительности, возбужденности, апатии, сниженном фоне настроения, неуверенностью в своих силах, повышенную восприимчивость, недержание аффекта, эпизодах странного поведения у папы. С удивлением отмечает, что ранее сдержанный отец, теперь может легко заплакать, но при этом и быстро успокоиться. С трудом справляется с работой, жалуется, что сложно сохранять в мозгу большое

количество информации и манипулировать ею. Со слов дочери наблюдается непостоянство в состоянии, то заметное ухудшение, то как будто улучшение самочувствия.

Жалобы

В начале беседы пациент не активен, предпочитает при общении отвечать на вопросы. Жалуется на снижение памяти, забывчивость, особенно на недавние события, рассеянность, головокружения, колебания артериального давления, общий тревожный фон, на эпизоды сниженного настроения, снижение желаний и побуждений, беспокойство за ближайшее будущее, мысли с чувством собственной вины перед родными, ощущения собственного соматического неблагополучия, огорчен вспышками агрессии и неконтролируемого поведения и эмоций, эпизодами проблем при ориентировке на местности, в метро. Испытывает слабость, быструю утомляемость,

Анамнез заболевания

Ухудшение самочувствия и нарастание вышеперечисленных жалоб последний год. Год назад гипертонический криз, после которого болезненные проявления стали заметны родным. Постоянно принимает антигипертензивную терапию. Оперирован полгода назад по поводу катаракты на одном глазу, через пару месяцев - второй глаз. Со слов дочери, сожалеют, что делали две операции без перерыва, «это возможно способствовало ухудшению самочувствия», долго находился в стационаре и на "больничном". Хуже стал спать, наблюдалась эмоциональная несдержанность, появилась слезливость. Стал забывать про прием препаратов. Дочь рассказывает об одном из «странных эпизодов в поведении», например, когда накануне ночью стал собирать вещи и порываться ехать на дачу, так как обещал родственнику, что не соответствовало реальности. Мог забыть имя дочери или внуков, не помнил названия препаратов, путал последовательность событий последних дней, недель.

Анамнез жизни

Раннее развитие без особенностей. ЧМТ, потери сознания отрицает. Школу окончил вовремя, имеет высшее образование. Женат, проживает с супругой и одной из дочерей, внуком, отношения в семье в целом удовлетворительные, близкие. Работает в НИИ радиотехники и электроники, в последнее время с трудом справляется, частые "больничные листы", сообщает, что скорее всего "придется уйти", так как «нагрузка стала большой, сложно воспринимать новый материал», «память не та, сейчас лучше помню эпизоды из более молодых лет».

Объективный статус

В месте, собственной личности ориентирован верно. Назвать дату и месяц затрудняется, время года после долгой паузы называет правильно. Походка

неторопливая, несколько неуверенная, мелкими шагами, стопы близко к полу. Выглядит опрятно, аккуратно причесан. Контакту доступен, готов делиться переживаниями, хотя подробно описать основные ситуации вызывающие дискомфорт и беспокойство затрудняется и не до конца расположен. Выражение лица встревоженное, озадаченное. Позу меняет редко, жестикулирует сдержанно. Речь обычной громкости, сбивчивая, подбор слов затруднен, предложения местами незаконченные. На вопросы отвечает в теме заданного вопроса, неразвернуто, с трудом переключается на другую тему. В начале беседы на вопрос об имени дочери с трудом вспоминает. Фиксирован на своих переживаниях, на своем состоянии, на своем здоровье. Отмечает эпизоды рассеянности, забывчивости, часто не может вспомнить, где что лежит, испытывает сомнения в сделанных действиях. При расспросе о родственниках не может вспомнить имена внуков. Рассказывает историю о приезде сестры в гости, с большим застольем, на которую дочь реагирует удивлением и замечанием врачу о несоответствии действительности.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- только при наличии письменного согласия пациента
- только при наличии судебного решения
- при наличии письменного согласия супруги
- даже при отсутствии письменного согласия пациента

Результаты обследования

Анализ крови общетерапевтический

|====

^a| *Наименование* ^a| *Нормы* ^a| *Результат*

a| Гемоглобин ^a| 130,0 - 160,0 г/л a| 142,0

a| Гематокрит ^a| 35,0 - 47,0 % a| 41,4

a| Лейкоциты ^a| 4,00 - 9,00 *10⁹/л a| 9,5

a| Эритроциты ^a| 4,00 - 5,70 *10¹²/л ^a| 4,37

a| Тромбоциты ^a| 150,0 - 320,0*10⁹/л ^a| 180,0

a| Лимфоциты ^a| 17,0 - 48,0% ^a| 36,8

a| Моноциты ^a| 2,0 - 10,0% ^a| 7,1

a| Нейтрофилы ^a| 48,00 - 78,00% ^a| 54,7

a| MCV ^a| 80 – 100 fl ^a| 98

a| Эозинофилы ^a| 0,0 - 6,0% ^a| 5,9

a| Базофилы ^a| 0,0 - 1,0% ^a| 0,0

a| СОЭ по Панченкову ^a| 2 – 20 мм/час ^a| 15

|====

Анализ мочи общий

Прозрачность полная, Относительная плотность – 1020, эпителий – плоский мало, лейкоциты – 1-0-1 в поле зрения.

Проведение реакции Вассермана (RW)

Серологические пробы на сифилис отрицательные.

Определение антител к антихолинэстеразным рецепторам

Результат исследования – 14,140 нмоль/л (норма < 0,45).

Иммуноглобулины в крови

|====

^a| *Наименование* ^a| *Результат* ^a| *Нормы*

a| Иммуноглобулин А, г/л ^a| 10,26 ^a| 00,40-3,50

a| Иммуноглобулин М, г/л ^a| 22,1 ^a| 00,7-2,8

a| Иммуноглобулин G, г/л ^a| 217,2 ^a| 88,0-18,0

|====

Определение СОЭ

25 мм/ч

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- только при наличии письменного согласия пациента
- только при наличии судебного решения
- при наличии письменного согласия супруги
- даже при отсутствии письменного согласия пациента

Результаты обследования

Электроэнцефалография головного мозга

Заключение: негрубые мозговые изменения БЭА головного мозга органического характера на фоне поражения срединных структур лимбико-ретикулярного комплекса на диэнцефальном уровне. Реактивность конвекситальной коры на афферентные раздражители снижена. При проведении ЭЭГ данных за пароксизмальную активность, фокальное замедление корковой ритмики не выявлено.

Дуплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий

Пройодимость сосудов: дистальный отдел плечевого ствола (ПГС), подключичные (ПкА), общие (ОСА), внутренние (ВСА), наружные (НСА) сонные, позвоночные (ПА) артерии проходимы.

Просвет сосудов: эхогенность комплекса интима – медиа ОСА повышена, комплекс интима-медиа ОСА справа 0,9 мм, слева 1,0 мм, дифференцировка на слои сохранена. Внутрипросветные образования: справа в каротидной бифуркации по задней стенке локальная мелкая (1,6 мм), гиперэхогенная АСБ, не

Стенозирующая просвет с двух сторон в устье ВСА локальные, степень стеноза 20 – 25% по диаметру, эхогенность однородная, повышенная, с акустической тенью, локальных нарушений гемодинамики нет Сосудистая геометрия: С – образный изгиб по ходу обеих ВСА, обеих ПА в сегменте V1, непрямолинейный ход обеих ПА в сегменте V2. Диаметр сосудов: ППА 3,1 мм, ЛПА 4,8 мм. Скоростные и спектральные характеристики кровотока в сонных артериях в диапазоне возрастных нормативных значений. Внутренние яремные вены проходимы.

Заключение: Эхографические признаки стенозирующего атеросклероза БЦА. Стеноз устья обеих ВСА 20-25%. Артериальные деформации. Непрямолинейный ход обеих ПА в сегменте V2.

Электрокардиография

Проведение ЭКГ (в 12 отведениях) 6-канальным автоматизированным

электрокардиографом с расшифровкой

Заключение: Синусовый ритм ЧСС 69 уд. в минуту. Нормальное положение электрической оси сердца. Умеренные изменения миокарда.

Электронейромиография нервов рук и ног

При электронейромиографическом исследовании были исследованы следующие нервы:

1. N.ulnarissin. (m.abductordigitimin.): амплитуда М-ответа 8,6 мВ – ниже нормы (N>3,5 мВ). Скорость распространения возбуждения (СРВ) на голени 52,0 м/с– норма (N>50м/с). Резидуальная латенция 2,4 мс – норма (N<2,5 мс).

2. N.peroneusdext. (m.extensordigitorumbr.): амплитуда М-ответа 4,3 мВ – норма (N>3,5 мВ). Скорость распространения возбуждения на голени 41,4 м/с– норма (N>40м/с). Резидуальная латенция 1,2 мс – норма (N<2,5 мс).

3. N.tibialisdext. (m.extensordigitorumbr.): амплитуда М-ответа 5,4 мВ – норма (N>3,5 мВ). Скорость распространения возбуждения на голени 42,6 м/с – норма (N>40 м/с). Резидуальная латенция 2,8 мс – норма (N<3,0 мс).

4. N.suralisdext.(sens.): амплитуда S-ответа 7,8 мкВ – норма (N>6,0 мкВ) мВ). СРВ на уровне голени 51 м/с – норма (N>50 м/с).

Заключение: патологии не выявлено.

Ультразвуковое исследование щитовидной железы

Диффузные изменения. Мелкие гипозоногенные с кальцинатами узелки слева.

На основании клинической картины, проведенных лабораторных и инструментальных обследований, больному можно поставить диагноз

- только при наличии письменного согласия пациента
- только при наличии судебного решения
- при наличии письменного согласия супруги
- даже при отсутствии письменного согласия пациента

Диагноз

F 01 Сосудистая деменция

F 00 Деменция при болезни Альцгеймера

F 02 Деменция, вторичная по отношению к другим заболеваниям

G35 Рассеянный склероз

Основными симптомами, позволяющими диагностировать данное психическое заболевание, являются

- сниженное настроение, снижение желаний и побуждений к деятельности, беспокойство за ближайшее будущее, мысли с чувством собственной вины перед родными, апатия
- нарушение памяти, прогрессирующая амнезия, нарушение ориентировки, способности к обучению, суждениям, нарушение эмоционального контроля, снижение интеллектуального функционирования
- слабость, утомляемость, раздражительность, рассеянность, трудности при сосредоточении, концентрации внимания, снижение умственных способностей, снижение памяти
- развитие симптоматики постепенно, с изменением сознания, с неуклонным прогрессированием преимущественно амнестических расстройств на начальном этапе с последующим нарастанием нарушений речи, праксиса, гнозиса

Синдром Корсакова можно диагностировать на основании

- невозможности запоминать текущие события при более или менее сохранной памяти на прошлое, с возникновением нарушения ориентировки
- эмоциональной лабильности, расстройства памяти, снижения интеллекта
- слабости, утомляемости, раздражительности, рассеянности, трудности при сосредоточении, концентрации внимания, снижения умственных способностей
- сниженного настроения, снижения желаний и побуждений к деятельности, беспокойства за ближайшее будущее, мыслей с чувством собственной вины

Критериями дифференциального диагноза являются

- возраст начала заболевания, нарастающие изменения в характере и социальное снижение, сопутствующая экстрапирамидная симптоматика
- психопатологические, или некогнитивные расстройства, охватывающие широкий спектр симптомов: депрессивные состояния, тревожные расстройства

- наличие или отсутствие бредовых идей, спутанности сознания, нарушения мышления, нарушение походки, эмоциональной лабильности
- постепенное или внезапное начало, связь когнитивного дефицита во времени с одним или более церебрально-сосудистым эпизодом, наличие артериальной гипертензии в анамнезе и/или в настоящее время, инсульт в анамнезе, признаки атеросклероза, наличие флюктуации

Нарушения памяти в форме ложных воспоминаний называют

- палимпсесты
- конфабуляции
- криптомнезии
- псевдогаллюцинации

Для уточнения диагноза следует включить в обследование

- исследование функции внешнего дыхания
- ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- холецистографию
- магнитно-резонансную томографию или компьютерную томографию головного мозга

По особенностям клинической картины психическое расстройство следует отнести к

- шизофреническому слабоумию
- эпилептическому слабоумию
- органической деменции
- врожденному слабоумию

При диагностике используются данные экспериментально-психологического (психодиагностического) исследования в первую очередь

- узнавание предметов, запоминание десяти слов, счет по Крепелину
- исключение предметов, исключение понятий
- тесты Роршаха, Розенцвейга, Вагнера
- свободные ассоциации, тематические ассоциации

Настоящее состояние больного соответствует понятию синдрома

- деперсонализационно-дереализационный
- психоорганический
- онейроидный
- аментивный

Нарушение, характеризующиеся постепенным ослаблением памяти, в первую очередь на текущие события, в то время как далекое прошлое человек помнит долго, отмечаемое у пациента, называют

- деперсонализационно-дереализационный
- психоорганический
- онейроидный
- аментивный

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная, 42 лет, обращается к врачу-психиатру по поводу возможности стационарного лечения, на приеме с мужем.

Жалобы

На частые головные боли, головокружения, забывчивость, неустойчивость настроения, излишне эмоционально реагирует на любые события, отмечает слабость, быструю утомляемость, раздражительность, нервозность, напряжение, тревожность, сниженный фон настроения. Жалуется на ухудшение памяти, стала путаться в происходящих недавно событиях, может позвонить мужу несколько раз в день по одному и тому же вопросу, не помня, что уже делала это. Сообщает, что видела пару раз пляшущих человечков боковым зрением, похожих на инопланетян, озадачена происходящим. Отмечает снижение активности и побуждений к деятельности.

Анамнез заболевания

Около пяти месяцев назад попала в автомобильную аварию, диагностированы перелом ноги и ЧМТ (сотрясение мозга). Месяц провела в больнице. Рассказывает, что, придя в себя не могла вспомнить не только как, при каких обстоятельствах произошла авария, но и что было в течение пары дней перед этим. Также с трудом, больше по рассказам близких может восстановить события двух первых дней пребывания в больнице. Родственники рассказывали странные вещи. Например, через несколько дней после госпитализации, лежа в кровати, начала напевать песню, считала, что является автором этой песни, рассказывала с гордостью, как придумывала мелодию и слова, хотя никакого отношения к написанию музыкального произведения в реальности не имела. После перенесенной автомобильной аварии стали беспокоить головные боли, головокружения, перепады настроения, стала восприимчивее к происходящему. Около месяца назад, на фоне переутомления на работе и перенесенного гриппа, выросли вышеперечисленные жалобы.

Анамнез жизни

Раннее развитие без особенностей. Посещала детский сад, в школу пошла вовремя. С учебной справлялась, предпочтение отдавала гуманитарным предметам. После школы начала работать секретарем в исполкоме. Собиралась на будущий год поступить на вечернее отделение, но влюбилась и вышла замуж. Через год родила дочь. Муж пил, мог побить жену, развелась с ним. Через несколько лет второй раз вышла замуж, родила второго ребенка, раньше срока. Дочка родилась «слабенькой, до настоящего времени требует повышенного внимания и заботы, сохраняются проблемы со зрением». Много времени уделяет дому, семье, продолжает работать секретарем-референтом. Отношения с мужем в последнее время непростые, не получает желаемых «тепла и понимания».

Объективный статус

Выражение лица печальное, взгляд потухший. Выглядит подавленной, теревит руками платок, часто не поддерживает зрительный контакт с врачом, смотрит в пол или в сторону. При изложении жалоб и разговоре на значимые темы глаза становятся влажными, но при переключении темы быстро успокаивается. Рассказывая про человечков, понимает странность этого, неприятно происходящее, но оценивает все это как «игру воображения». Речь нормального темпа и громкости. Во время сбора данных анамнеза ошибается несколько раз при соотношении событий и времени, когда они происходили (в основном касательно последних месяцев). Отмечает при этом, что хуже стала память, иногда дочери говорит по нескольку раз одно и то же, забывая об этом. Также отмечает трудности при сосредоточении, «тяжело собраться с мыслями». Перестала читать книги, почти не смотрит телевизор, так как нет желания и удовольствия от этого, а также тяжело сконцентрировать внимание, понять читаемое. Испытывает слабость и вялость. Одной из основных жалоб называет отсутствие сна. Сообщает что сложнее стало справляться с текущими делами, быстро устает.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- деперсонализационно-дереализационный
- психоорганический
- онейроидный
- аментивный

Результаты обследования

Проведение реакции Вассермана (RW)

Серологические пробы на сифилис отрицательные.

Биохимическое исследование сыворотки крови

АЛТ 70, альбумин 39,5 г/л, АСТ 84, глюкоза 6,5 ммоль/л, креатинин 85,7 ммоль/л, мочевины 3,7 ммоль/л, общий белок 67,9 г/л, общ. билирубин 11,2 ммоль/л, пр. билирубин 1,8 ммоль/л, холестерин 4,94 ммоль/л. Электролиты: натрий - 142,3 ммоль/л, калий 4.5 ммоль/л, кальций 1.04 ммоль/л.

Анализ мочи общий

Прозрачность полная, Относительная плотность – 1016, эпителий – плоский мало, лейкоциты – 1-0-1 в поле зрения.

Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV1) в крови

Реакции на ВИЧ отрицательные.

Анализ спинно-мозговой жидкости

|====

^a| *Наименование* ^a| *Результат* ^a| *Норма*

a| Цвет ^a| бесцветная ^a| бесцветная

a| Прозрачность ^a| прозрачная ^a| прозрачная

a| Белок ^a| 0,25 г/л ^a| 0,1-0,3 г/л

a| Глюкоза ^a| 3,1 ммоль/л ^a| 2,8-3,9 ммоль/л

a| Цитоз ^a| 2 в 1 мкл ^a| 0-3 лимфоцита в 1 мкл

|====

Глюкометрия

4,4 ммоль/л

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- деперсонализационно-дереализационный
- психоорганический
- онейроидный
- аментивный

Результаты обследования

Флюорография легких

Аппарат: спектрап. Доза облучения: 0,18 мкЗв.

Заключение: Очаговых и инфильтративных теней не выявлено. Эмфизема легких.

Магнитно-резонансная томография или компьютерная томография головного мозга

Внутренняя и наружная сообщающаяся гидроцефалия.

Электроэнцефалография головного мозга

Значительные изменения ЭЭГ диффузного характера в виде дизритмии, нивелирования зональных различий и усиления быстроволнового спектра, что указывает на выраженные явления ирритации во всех корковых зонах с акцентом в височных областях правого полушария. Патологически выраженная межполушарная асимметрия выявлена при анализе разрядной активности: в отведениях правого полушария амплитуда вспышек выше, чем слева (особенно в височных зонах). После гипервентиляции отмечено усиление полиморфной медленноволновой активности, возникающей синхронно во всех областях, на которую наслаивается бета-ритм.

Ультразвуковое исследование щитовидной железы и регионарных лимфоузлов

Протокол исследования: Объем правой доли 5,5 мл. Объем левой доли 3,6 мл. Объем железы 9,1 мл (до 18 мл у женщин и до 25 мл у мужчин). Толщина перешейка 2 мм. Расположена обычно. Форматипичная. Контуры четкие, ровные. Структура однородная. Эхогенность нормальная. Узловые изменения не определяются. Кровоснабжение железы не усилено. Регионарные лимфатические узлы не увеличены, не изменены. Заключение: Изменений не выявлено.

Обзорная рентгенография почек

Органической патологии, рентгенданных за мочекаменную болезнь не обнаружено. Концентрационно-выделительная функция почек не нарушена.

У данной больной на основании результатов клинических и инструментальных методов обследования и данных анамнеза можно предположить диагноз

- деперсонализационно-дереализационный
- психоорганический
- онейроидный
- аментивный

Диагноз

F07.2. Постконтузионный синдром

F 45 Соматоформное расстройство

F 00.0 Деменция при болезни Альцгеймера с ранним началом

F 43.2 Расстройство адаптации

Комплекс нарушений, таких как вегетососудистые нарушения, головная боль, головокружение, астенические синдромы, трудности в сосредоточении, снижение памяти, бессонница, снижение устойчивости к стрессу, эмоциональному возбуждению являются важными критериями постановки диагноза

- соматизированное расстройство
- соматоформная вегетативная дисфункция
- постконтузионный, энцефалопатический синдром, развивающийся после ЧМТ
- ипохондрическое расстройство

Симптомы эмоциональной лабильности, расстройства памяти, снижения интеллекта, наблюдаемые у больной, включаются в понятие

- конверсионного расстройства
- помрачения сознания
- шизофренического слабоумия
- триады Вальтер-Бюеля

В анамнезе, в первые дни после аварии, у пациентки наблюдался синдром

- Кандинского-Клерамбо
- Корсакова
- Аспергера
- де ля Турета

Нарушение памяти, отмечаемые в момент обращения, следует классифицировать как амнезия

- антероградная
- ретроградная

- антероретроградная
- прогрессирующая

Правильнее всего начать лечение с

- психофармакотерапии
- электро-судорожной терапии
- когнитивной психотерапии
- плазмафареза

Психическое нарушение, наблюдаемое в анамнезе, характеризующееся невозможностью вспомнить события после аварии в течение двух дней называют

- антероградной амнезией
- парамнезией
- прогрессирующей амнезией
- ретроградной амнезией

Наблюдаемое у пациентки нарушение, при котором она считала себя автором песни относится к

- криптомнезии
- амнезии
- спутанности сознания
- бреда величия

Отмечаемые у пациентки нарушения хранения, забывания и воспроизведения различных сведений и личного опыта относятся к

- галлюцинациям
- бредовым идеям
- помрачениям сознания
- парамнезиям

Психическое нарушение, наблюдаемое в анамнезе, характеризующееся невозможностью вспомнить события аварии и происшествия предшествующих двух дней называют

- галлюцинациям
- бредовым идеям
- помрачениям сознания
- парамнезиям

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина обращается самостоятельно по совету родственников.

Жалобы

На периоды быстрых спадов и подъемов настроения, сил, активности, сопровождающиеся, затруднениями в работе, напряжением, подавленностью, сниженным фоном настроения, либо возрастанием уверенности в своих силах, увеличением работоспособности, возбужденности, утомляемостью, нарушениями сна.

Анамнез заболевания

В период обучения в институте стал отмечать некоторые перепады в настроении, длящиеся по несколько недель, то с повышенной активностью, возбужденностью, желанием браться за много дел одновременно, повышенным настроением, уменьшением количества сна, то с подавленностью, снижением самооценки, беспокойством, снижением желаний и побуждений к деятельности, утратой интересов, испытывал усталость, трудности при сосредоточении, появились ранние пробуждения. Обратился к психиатру амбулаторно, с жалобами на угнетенность, сниженный фон настроения, безрадостность, названия рекомендованных препаратов назвать затрудняется, принимал около двух-трех месяцев. Затем почувствовал улучшение самочувствия, прием прекратил, стали нарастать симптомы другого спектра с повышенным настроением, ощущением физической и психической продуктивности, энергичности, стал общителен, разговорчив, «мыслей было так много, что даже сосредоточиться на работе было сложно». Спустя полтора месяца состояния стало меняться. Перестал чувствовать себя отдохнувшим, думал «переутомился на работе», появились тревожность, подавленность, неуверенность в своих силах, с трудом справлялся с текущими делами, от ранее приятных событий не получал прежнего удовольствия, был раздражителен, иногда агрессивен, несдержан. Родственники посоветовали обратиться к врачу, согласился, так как уже сомневался, что справится с состоянием самостоятельно.

Анамнез жизни

Наследственность психопатологически не отягощена. ЧМТ отрицает. Беременность и роды у матери больного протекала без особенностей. В школу пошел во время. С учебой в целом справлялся. В это время стали беспокоит частые боли в области эпигастрии, и после обследования диагностирована множественная язва двенадцатиперстной кишки. Прошел курс стационарного

лечения, в дальнейшем при перенапряжениях и волнениях появлялись боли, которые самостоятельно купировал непродолжительным приемом лекарств. С пяти лет и до седьмого класса занимался плаванием, затем в течение трех лет борьбой, но не выходя за пределы любительского увлечения. По окончании школы поступает в Автомеханический институт, учитывая в первую очередь удаленность от дома и прислушиваясь к мнению родителей о получении высшего образования. По окончании института отец помог с трудоустройством, проработал всего несколько месяцев. В настоящий момент проживает один. Курит по пачке в день, употребление психоактивных веществ отрицает.

Объективный статус

В начале разговора сидит в слегка напряженной позе, чуть подавшись вперед, руки скрещены «в замок», часто закрывает глаза. В дальнейшем неоднократно меняет позу, активно жестикулирует. В разговоре иногда употребляет несколько неприличные слова, может быть резким. Грубое поведение проявляет и с соседями по палате. В настоящий момент испытывает затруднения при засыпании, хочется «спать все время, выспаться, но не удается», сон не приносит чувства полноценного отдыха, считает, что «качество сна плохое». В течение дня отмечает слабость, вялость, сонливость, отсутствие сил, быструю утомляемость. От этого «взвинчены нервы», испытывает раздражение, беспокойство, подавленность и угнетенность. Тяжелее справляется с работой, так как испытывает трудности при концентрации внимания и сосредоточении, «мыслей много и они хаотичны», появились сомнения при принятии каких либо решений. Испытывает дискомфорт в общественных местах скопления людей, стал бояться окружающих, их негативной оценки и возможной агрессии, так как «из-за болезни и хронической усталости я уязвимым». При этом заметно повышенное самомнение. Четкой суточной ритмики в состоянии выделить затрудняется, хотя затем все же замечает, что по утрам самочувствие хуже. Отмечает ухудшение аппетита последнее время.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- галлюцинациям
- бредовым идеям
- помрачениям сознания
- парамнезиям

Результаты обследования

Анализ крови общетерапевтический

[cols=" , ^, ^", grid=none, frame=none]

|====

^a| *Наименование* a| *Нормы* a| *Результат*

a| Гемоглобин a| 130,0 - 160,0 г/л a| 138,0

a| Гематокрит a| 35,0 - 47,0% a| 45,4

a| Лейкоциты a| 4,00 - 9,00*10⁹/л a| 5,6

a| Эритроциты a| 4,00 - 5,70*10¹²/л a| 4,37

a| Тромбоциты a| 150,0 - 320,0*10⁹/л a| 180,0

a| Лимфоциты a| 17,0 - 48,0% a| 36,8

a| Моноциты a| 2,0 - 10,0% a| 7,1

a| Нейтрофилы a| 48,00 - 78,00% a| 64,8

a| MCV a| 80 – 100 fl a| 98

a| Эозинофилы a| 0,0 - 6,0% a| 5,9

a| Базофилы a| 0,0 - 1,0% a| 0,0

a| СОЭ по Панченкову a| 2 – 20 мм/час a| 13

|====

Определение антигена к вирусу гепатита В (HbsAg Hepatitis B virus) в крови

Отрицательный.

Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту С (Hepatitis C virus) в крови

Отрицательный.

Определение МНО (международное нормализованное отношение) крови

МНО крови составляет 1,2.

Анализ крови на ТТГ (тиреотропный гормон), Т4 (тироксин)

|====

^a| *Наименование* ^a| *Референтные значения* ^a| *Результат*

a| ТТГ (тиреотропный гормон) ^a| 0,4-4,2 мкМЕ/мл ^a| 3,1 мкМЕ/мл

a| Т4 (свободный) ^a| 10,3-24,5 пмоль/л ^a| 18,1 пмоль/л

|====

Глюкометрия

4,5 мкмоль/л

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- галлюцинациям
- бредовым идеям
- помрачениям сознания
- парамнезиям

Результаты обследования

Электроэнцефалография головного мозга

Изменений БЭА головного мозга не выявлено. Реактивность конвекситальной коры на афферентные раздражители сохранена. При проведении ЭЭГ данных за пароксизмальную активность, фокальное замедление корковой ритмики не выявлено.

Электрокардиография

Проведение ЭКГ (в 12 отведениях) 6-канальным автоматизированным электрокардиографом с расшифровкой.

Заключение: Синусовый ритм ЧСС 64 уд. в минуту. Нормальное положение электрической оси сердца.

Рентгенография позвоночника в двух проекциях

Доза облучения: 0,12 мкЗв

Заключение: Дегенеративно-дистрофических изменений межпозвонковых дисков отделов позвоночника не выявлено.

УЗИ надпочечников

Данных за патологию не выявлено.

На основании клинической картины, данных анамнеза, проведенных лабораторных и инструментальных обследований, больному можно поставить диагноз

- галлюцинациям
- бредовым идеям
- помрачениям сознания
- парамнезиям

Диагноз

F 31.6 Биполярное аффективное расстройство (БАР), текущий эпизод смешанный

F 25 Шизоаффективное расстройство

F 34 Циклотимия

F 33.1 Рекуррентное депрессивное (РДР) расстройство

Клиническими симптомами, основополагающими при постановке диагноза являются

- аффективные и шизофренические симптомы одновременно
- симптомы гипоманиакального состояния
- симптомы аффективного эпизода, свидетельствующие о наличии смешанного синдрома
- симптомы депрессивного состояния

Данный вариант клинического течения заболевания следует отнести к

- ультрабыстрым циклам
- быстроциклическому течению
- альтернирующему течению
- континуальному течению

Эмоциональные нарушения с дисфорическими проявлениями корректируются прежде всего препаратами

- антидепрессантами

- седативными антипсихотиками и ноотропами
- нормотимиками и транквилизаторами
- нейролептиками и антидепрессантами

Рекомендуемая продолжительность приема терапии после постановки диагноза

- не менее года после выписки из стационара
- не менее 5 лет
- в течение двух лет
- не менее полугода

Препарат из нормотимиков, требующий постоянного контроля концентрации в крови

- топирамат
- лития карбонат
- карбамазепин
- ламотриджин

Препараты первого выбора при лечении биполярного аффективного расстройства - это

- антидепрессанты
- нормотимики
- нейролептики
- ноотропы

При необходимости назначения антидепрессантов препаратами выбора становятся

- ТЦА (трициклические антидепрессанты)
- СИОЗСН (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина)
- СИОЗС (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина)
- обратимые ИМАО (ингибиторы моноаминоксидазы)

Лечение данного заболевания подчиняется обязательным этапам терапии

- купирующая, поддерживающая, профилактическая
- купирующая, профилактическая, протектирующая
- поддерживающая, профилактическая, протектирующая
- купирующая, поддерживающая, протектирующая

При неэффективности лекарственной терапии целесообразно применение таких немедикаментозных методов лечения как

- купирующая, поддерживающая, профилактическая
- купирующая, профилактическая, протектирующая
- поддерживающая, профилактическая, протектирующая
- купирующая, поддерживающая, протектирующая

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Ребенок 7 лет осмотрен психиатром на дому.

Жалобы

* самостоятельно не высказывает

* со слов матери:

* не может говорить

* не понимает речь

* «ходит под себя»

* нет ни к чему интереса

* бывает возбужденным

Анамнез заболевания

* Родился в семье служащих первым ребенком.

* Наследственность не отягощена.

* Беременность первая, протекала с умеренно выраженным токсикозом первой половины.

* Роды в срок, без патологии. Вес при рождении 3000 г, рост 48 см.

* Активно взял грудь, первые 2 месяца правильно прибавлял в весе. Мог издать радостные звуки, на дискомфорт реагировал плачем.

- * В конце второго месяца жизни перенес тяжелую генерализованную цитомегаловирусную инфекцию, протекавшую длительно, с высокой температурой, интоксикацией, обезвоживанием.
- * Последующее развитие со значительной задержкой.
- * Сидел с 11 мес., ходить научился в 1 г 11 мес. Отдельные слова стал произносить с 6 лет. Фразовая речь не сформировалась. Навыками самообслуживания не овладел.
- * К освоению школьных знаний не способен.
- * Бытовыми навыками не владеет, нуждается в постоянной опеке и присмотре.
- * Инвалид I группы.
- * Аппетит повышен, периодически мастурбирует.
- * Временами возникают состояния резкого двигательного возбуждения, которые купируются нейролептиками (хлорпромазин, неуплептил).

Анамнез жизни

Правильно развивался только в течение первых двух месяцев жизни.

В связи с особенностями отставания в развитии с раннего детства находится исключительно в домашних условиях, опекается родителями. Интересы ни к чему не проявляет. Целыми днями раскачивается в кресле, к игрушкам интерес не проявляет.

Объективный статус

Психический статус: Контакт недоступен. Сидит, раскачиваясь, в кресле. Членораздельная речь отсутствует. Привлечь внимание удается только на очень короткое время. При ласковом обращении может откликнуться улыбкой. Смысла задаваемых простых вопросов не понимает. Временами мычит. Мышечный тонус в конечностях снижен. Нуждается в постоянном постороннем уходе.

Для формулирования исчерпывающего диагноза и уточнения состояния пациента необходимо, кроме психиатрического, в первую очередь + _____ + обследование

- физикальное (неврологическое, соматическое), инструментальное

- клинико-генетическое
- экспериментально-психологическое
- клинико-лабораторное

Наиболее эффективным методом для диагностики состояния головного мозга у больных умственной отсталостью является

- КТ
- МРТ
- рентгенография черепа
- РЭГ

У пациента можно предположить диагноз + _____ + степени умственной отсталости

- КТ
- МРТ
- рентгенография черепа
- РЭГ

Диагноз

Глубокая степень умственной отсталости (идиотия)

Умеренная степень умственной отсталости (легкая имбецильность)

Тяжелая степень умственной отсталости (выраженная имбецильность)

Легкая степень умственной отсталости (дебильность)

По этиологическому фактору данный случай относится к + _____ + форме умственной отсталости

- обусловленной социально-средовыми факторами
- экзогенно обусловленной
- наследственно обусловленной
- наследственно-экзогенно обусловленной (смешанной)

Четвертый знак для кодировки диагноза по МКБ-10 с учетом выраженности нарушений поведения у данного пациента

- 8

- 0
- 1
- 9

Ведущим синдромом в клинической картине является синдром

- регресса личности
- врожденного слабоумия
- амнестический
- астенический

Ведущее место в медикаментозной патогенетической терапии умственной отсталости занимает использование

- аминокислот
- нейролептиков
- ноотропных средств
- антидепрессантов

Препарат винпоцетин относится к

- антигипоксантам
- анксиолитикам
- ноотропам
- корректорам нарушений мозгового кровообращения

Применение антипсихотиков при умственной отсталости относится к + _____ + видам терапии

- симптоматическим
- этиопатогенетическим
- патогенетическим
- этиологическим

Показатели IQ по тесту Векслера (адаптированный в России детский вариант теста) при тяжелой умственной отсталости (выраженная имбецильность) степени (дебильность) варьируют от

- 45-59
- 30-44
- 15-25
- 25-35

Диагностика умственной отсталости должна основываться, в первую очередь, на данных _____ исследования

- клинического (психиатрического)
- нейрофизиологического
- клинико-лабораторного
- экспериментально-психологического

При подозрении на фенилкетонурию необходимо определение уровня + _____ + в крови

- клинического (психиатрического)
- нейрофизиологического
- клинико-лабораторного
- экспериментально-психологического

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Ребенок 12 лет пришел к психиатру вместе с куратором из интерната.

Жалобы

- * самостоятельно не высказывает
- * со слов куратора:
- * отстает в психическом развитии
- * плохая память
- * учебный материал усваивает медленно, после многократных повторений
- * легко отвлекаем, на уроках плохо фиксирует внимание
- * часто раздражителен
- * неожиданно агрессивен к окружающим, без причин может ударить
- * отстает в росте от сверстников

Анамнез заболевания

- * Родственники по линии матери страдали хроническим алкоголизмом.
- * Мать во время беременности злоупотребляла алкоголем.

- * Родился на сроке 39 недель. Вес 2000 г, рост 48 см.
- * В возрасте 3 мес. поступил в дом ребенка.
- * Развивался с задержкой, плохо прибавлял в весе и росте.
- * Сидел с 10 мес., ходить научился в 1 г.10 мес.
- * Первые слова – в 3 года, фразовая речь - с 5-ти лет.
- * Навыки самообслуживания сформировались с запозданием.
- * Проводилось курсовое лечение ноотропами, сосудистыми адаптогенами, поливитаминами, аминокислотами.
- * Школьный материал усваивает медленно, неусидчив, легко отвлекается.
- * Часто бывает раздражительным, временами – агрессивным.
- * Последнее время эти явления усилились, в связи с чем назначались транквилизаторы (феназепам, хлордиазепоксид).

Анамнез жизни

- * С трехмесячного возраста находится в доме ребенка.
- * Развивается со значительной задержкой в психическом и физическом развитии.
- * С детьми общается, но не очень охотно, бывает с ними раздражительным, временами агрессивным, может ударить.
- * Больше тянется к взрослым, привязан к одному из воспитателей.
- * К школьному материалу интереса не проявляет, осваивает с трудом.

Объективный статус

Психический статус: Телосложение астеническое. Микроцефалия, лоб выпуклый, нос короткий, глазные щели укорочены. Моторно неуклюж. В беседе спокоен, держится без чувства дистанции. В себе, времени и пространстве ориентирован. Внимание неустойчивое. Речь маловыразительная, фразы короткие, часто аграмматичные. Запас слов ограниченный. Смысл короткого прочитанного текста своими словами передать не может, стремится рассказать

все дословно. Эмоции несколько однообразные. Счет в пределах 20 выполняет с многочисленными ошибками. Показатели IQ по тесту Векслера (адаптированный в России детский вариант теста) 65. Отвлеченный смысл поговорок не понимает. Некритичен.

Пациенту для формулирования исчерпывающего диагноза необходимо назначить обследования

- инструментальное (ЭЭГ, ЭХО-ЭГ, РЭГ, МРТ), кардиологическое, патопсихологическое
- физикальное (неврологическое, соматическое), кардиологическое, гастроэнтерологическое
- экспериментально-психологическое, физикальное, инструментальное
- экспериментально-психологическое, кардиологическое, физикальное

Наиболее эффективным методом для диагностики состояния головного мозга у больных умственной отсталостью является

- МРТ
- КТ
- рентгенография черепа
- РЭГ

У пациента можно предположить диагноз + _____ + степени умственной отсталости

- МРТ
- КТ
- рентгенография черепа
- РЭГ

Диагноз

Легкая степень умственной отсталости (дебильность)

Умеренная степень умственной отсталости (легкая имбецильность)

Тяжелая степень умственной отсталости (выраженная имбецильность)

Глубокая степень умственной отсталости (идиотия)

По клинико-физиологической классификации С.С. Мнухина – Д.Н. Исаева данная клиническая картина относится к форме умственной отсталости

- стенической
- дисфорической
- астенической
- атонической

Данное заболевание относится к дифференцированной форме умственной отсталости

- алкогольной фетопатии
- эритробластозу
- рubeолярной эмбриофетопатии
- истинной микроцефалии

Четвертый знак для кодировки диагноза по МКБ-10 с учетом выраженности нарушений поведения у данного пациента

- 0
- 8
- 1
- 9

Ведущим синдромом в клинической картине является синдром

- регресса личности
- врожденного слабоумия
- астенический
- амнестический

Ведущее место в медикаментозной патогенетической терапии умственной отсталости занимает использование

- аминокислот
- нейрорептиков
- антидепрессантов
- ноотропных средств

Препарат фезам относится к

- ноотропам
- лекарственным средствам комбинированного действия
- антигипоксантам
- вазодилататорам

Показатели IQ по тесту Векслера (адаптированный в России детский вариант теста) при умственной отсталости умеренной степени (легкая имбецильность) варьируют от

- 55-60
- 45-59
- 30-44
- 35-45

Увеличение головы, расширение кожных вен головы, изменения на рентгенограмме черепа относятся к основным диагностическим признакам

- гидроцефалии
- аномалий строения лицевых костей
- мозговых грыж
- краниостеноза

Большинство случаев умственной отсталости (около 75%) обусловлено поражением головного мозга во время

- гидроцефалии
- аномалий строения лицевых костей
- мозговых грыж
- краниостеноза

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Ребенок 8 лет осмотрен психиатром на дому.

Жалобы

- * самостоятельно не высказывает
- * со слов матери:
- * грубо отстает в психическом развитии
- * ограниченный запас слов, не развита речь
- * навыками самообслуживания полностью не освоил
- * не может овладеть бытовыми навыками

* не может освоить элементарные школьные знания

* временами наносит себе повреждения

* бывает нарушен сон

Анамнез заболевания

* Родился в семье служащих первым ребенком.

* Наследственность не отягощена.

* Беременность вторая, токсикоз первой половины.

* Роды в срок, без патологии.

* Вес при рождении 2200г, рост 49см. Крик слабый.

* С раннего детства отставал в психомоторном развитии.

* Сидел с 11 мес., ходить научился в 1г.9 мес.

* Отдельные слова стал произносить с 5 лет. Фразовая речь до сих пор не сформировалась.

* Навыки самообслуживания освоил лишь частично.

* К освоению школьных знаний не способен.

* Бытовыми навыками не владеет, нуждается в постоянной опеке и присмотре.

* Инвалид I группы.

* Периодически наносит самоповреждения, плохо спит, в связи с чем назначается неупитил.

Анамнез жизни

* В связи с особенностями отставания в развитии с раннего детства находится исключительно в домашних условиях, опекается родителями.

* Удалось овладеть некоторыми навыками самообслуживания: может самостоятельно есть (аппетит повышен), снимать одежду (кроме рубашек и

футболок).

* Научился самостоятельно отправлять физиологические потребности, но в туалет не просится, родителям приходится самим отводить его с относительно небольшими промежутками времени.

* Ночью спит в памперсах.

* На улице любит качаться на качелях, дома целыми днями смотрит музыкальные клипы, есть любимые песни. При этом раскачивается, постоянно крутит в руках мягкие игрушки либо край гардин.

* Общение со сверстниками отсутствует.

Объективный статус

Психический статус: Внешние особенности: затылок скошен, ушные раковины деформированы. Руки непропорционально короткие по сравнению с туловищем. Косой разрез глаз, эпикант. Пальцы рук широкие, короткие, мизинец искривлен внутрь. Движения угловаты и скованны, походка неуклюжая, координация нарушена. Тонкая моторика неразвита. Добродушен. Знает свое имя. Понимание речи ограничено. Фразовая речь не развита, словарный запас – около 60 слов. Самостоятельное мышление практически отсутствует. Установление продуктивного контакта затруднено. Понимание и использование речи ограничено. Самостоятельное мышление отсутствует. Показатели IQ по тесту Векслера (адаптированный в России детский вариант теста) 35.

Для уточнения диагноза пациенту в первую очередь необходимым является назначение метода

- дерматоглифического
- генеалогического
- цитогенетического (кариотипирование)
- гибридизации соматических клеток

Наиболее эффективным методом для диагностики состояния головного мозга у больных умственной отсталостью является

- рентгенография черепа
- МРТ
- РЭГ
- КТ

У пациента можно предположить диагноз + _____ + степени умственной отсталости

- рентгенография черепа
- МРТ
- РЭГ
- КТ

Диагноз

Тяжелая степень умственной отсталости (выраженная имбецильность)

Умеренная степень умственной отсталости (легкая имбецильность)

Легкая степень умственной отсталости (дебильность)

Глубокая степень умственной отсталости (идиотия)

По клинико-физиологической классификации С.С. Мнухина – Д.Н. Исаева данная клиническая картина относится к форме умственной отсталости

- дисфорический
- астенической
- стенической
- атонической

Данное заболевание относится к дифференцированной форме умственной отсталости – синдром

- Дауна
- Клайнфелтера
- Шерешевского-Тернера
- Вильямса (синдром эльфа)

Четвертый знак для кодировки диагноза по МКБ-10 с учетом выраженности нарушений поведения у данного пациента

- 1
- 8
- 0
- 9

Ведущим синдромом в клинической картине является синдром

- амнестический
- врожденного слабоумия
- астенический
- регресса личности

Ведущее место в медикаментозной патогенетической терапии умственной отсталости занимает использование

- аминокислот
- нейролептиков
- антидепрессантов
- ноотропных средств

Препарат леводопа относится к

- вазодилататорам
- ноотропам
- антигипоксантам
- аминокислотам

Показатели IQ по тесту Векслера (адаптированный в России детский вариант теста) при умственной отсталости легкой степени (дебильность) варьируют от

- 60-79
- 55-65
- 75-85
- 65-70

Эмоциональность больных с синдромом Дауна характеризуется

- уплощением
- относительной сохранностью
- дисфорическими расстройствами
- амбивалентностью

Ранний амниоцентез для пренатальной диагностики хромосомной патологии проводится на сроке беременности + ____ + недель

- уплощением
- относительной сохранностью
- дисфорическими расстройствами
- амбивалентностью

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Молодой человек, 20 лет, вместе с родителями обратился на прием к врачу-психиатру.

Жалобы

Периоды повышенной сонливости, увеличение общей продолжительности ночного сна, беспокойство по поводу состояния своего здоровья, сниженный фон настроения.

Анамнез заболевания

В пубертатном периоде отмечал появление приступов избыточной сонливости, продолжительностью от нескольких часов до нескольких дней, иногда в такие периоды мог пропускать занятия в школе. Причины такого состояния назвать затрудняется, отмечает, что иногда их можно было связать со стрессами в школе и переутомлением, тогда как в другое время они наступали без видимой причины. Однократно обращался к неврологу, сделал ЭЭГ, очевидной патологии выявлено не было. Впоследствии тревожность по поводу приступов гиперсомнии редуцировалась, за помощью не обращался. Ухудшение состояния с первого курса института (18 лет), когда спустя 1.5 месяца обучения, проснулся утром и не смог заставить себя встать, остался дома, в сумме спал около 16 часов за сутки. На следующий день, картина повторилась. Общая продолжительность эпизода 12 дней, после чего, также внезапно сон нормализовался. В течение периода гиперсомнии суммарная продолжительность сна составляла 16-18 часов в сутки. В периоды бодрствования свое состояние описывает как безвольное, безынициативное, «все время хочется спать и нечего другого делать не могу». Обращался к нескольким врачам-неврологам, проходил обследование (ЭЭГ, МРТ), поставлен диагноз «Синдром гиперсомнии», получал различную неспецифическую терапию (витамины, микроэлементы, ноотропы). Актуальное обращения за помощью после третьего за последние 2 года стереотипного эпизода гиперсомнии.

Анамнез жизни

* 2ой курс гуманитарного вуза (картограф)

* проживает в квартире вместе с родителями и младшим братом (взаимоотношения в семье близкие, доверительные)

* Вредные привычки отрицает

Объективный статус

На приеме в сопровождении родителей. Выглядит опрятно. В беседе робок, застенчив, в целом контакту доступен, контакт глаз поддерживает. На вопросы отвечает по существу, развернуто. Существенной ипохондрической настроенности в отношении своего состояния не обнаруживает, вместе с тем отмечает, что периоды гиперсомнии сильно мешают в учебе. Фон настроения незначительно снижен. Себя характеризует как человека чуткого, эмоционального, склонного к «хандре» и пессимизму. В ответ на стрессовые события нередко ухудшается соматическое состояние, с эпизодами диареи, головной боли, чувства слабости. Критика сохранена. Настроен на лечение и обследование.

Нейромедиатор, способствующий бодрствованию, называется

- ГАМК
- орексин
- аденозин
- мелатонин

В соответствие с критериями МКБ-10 больному следует выставить диагноз

- ГАМК
- орексин
- аденозин
- мелатонин

Диагноз

Сонливость (гиперсомния) неорганической этиологии (F51.1)

Биполярное аффективное расстройство текущий эпизод легкой или умеренной депрессии (F31.3)

Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод средней степени (F33.1)

Ипохондрическое расстройство (F45.2)

В соответствии с критериями Международной Классификации Расстройств Сна (МКРС-3) больному следует выставить диагноз

- гиперсомния на фоне психического заболевания

- болезнь Рота
- синдром Клейне-Левина
- нарколепсия I типа

При синдроме Клейне-Левина продолжительность эпизода гиперсомнии колеблется в пределах _____ дней

- 1-6
- 7-20
- 2,5-80
- 80-120

Одним из наиболее распространенных признаков синдрома Клейне-Левина является

- тревожно-депрессивный синдром
- галлюцинаторно-бредовой синдром
- гиперфагия
- гиперсексуальность

При постановке диагноза синдром Клейне-Левина согласно МКРС-3 к критерию С относится

- сохранение функционального уровня между приступами
- продолжительность эпизода от 2 до 5 дней
- навязчивые мысли о еде
- когнитивная дисфункция

К прогностическим факторам более длительного течения синдрома Клейне-Левина относится

- наличие депрессии
- женский пол
- дебют заболевания в пубертатном периоде
- гиперсексуальность

Наиболее информативным методом диагностики синдрома гиперсомнии является

- актиграфия
- полисомнография
- актиграфия в сочетании с заполнением дневника сна
- множественный тест латентности сна

В отличие от других расстройств для синдрома Клейне-Левина характерно

- быстрое начало и окончание
- гиперсексуальность
- гиперфагия
- отсутствие функциональных нарушений между приступами

Для купирования синдрома гиперсомнии рекомендовано назначение

- сертралина
- amitриптилина
- венлафаксина
- агомелатина

Одним из распространенных побочных эффектов венлафаксина является

- кожный зуд
- задержка мочеиспускания
- головная боль
- тахикардия

Для купирования симптомов катаплексии применяют

- кожный зуд
- задержка мочеиспускания
- головная боль
- тахикардия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина, 24 года, обратился за амбулаторной консультацией к врачу-психиатру ПНД.

Жалобы

На сонливость в дневное время, трудности при засыпании и пробуждении, сниженную трудоспособность, апатию, нарушение памяти и концентрации внимания.

Анамнез заболевания

Около 2-х лет назад появился дискомфорт в области ЖКТ (повышенное газообразование, боли в животе, эпизодические нарушения стула). Первые симптомы стали появляться на семинарах в вузе. Постепенно появился страх, попасть в неловкую ситуацию из-за того, что одноклассники услышат звуки работы кишечника. Со своими жалобами обратился к гастроэнтерологу, прошел

обследование (умеренный гастродуоденит), после курса терапии наступило незначительное улучшение. Спустя несколько недель симптомы вновь проявились, стал пропускать семинары, на лекциях садился на последние ряды, появилась стойкая озабоченность своим состоянием. Повторно обратился к гастроэнтерологу, был направлен на консультацию к психиатру. В течение 3х недель находился на лечении в дневном стационаре ПБ, выписан с улучшением, симптомы тревоги, беспокойства по поводу состояния своего здоровья полностью редуцировались. Из-за частых пропусков пришлось оформить академический отпуск. Устроился на работу официантом, чаще работал в вечернее и ночное время, из-за чего нарушился режим сна (засыпал не раньше 4-5 утра, просыпался около 13.00). В связи с необходимостью выходить из академического отпуска, решил уволиться с работы и подготовиться к учебе. Однако, нормализовать режим сна самостоятельно не удалось. Постепенно стал отмечает нарастание тревожности, появились жалобы на чувство усталости, сонливости в дневные часы, стал прислушиваться к своим ощущениям (в основном к работе кишечника). Самостоятельно решил обратиться за помощью к психиатру.

Анамнез жизни

* 5 курс технического вуза (физик)

* Проживает в 2-х комнатной квартире вместе с матерью

* Вредные привычки отрицает

Объективный статус

Внешне несколько неряшлив. Сходу вступает в диалог, пристально смотря в глаза, стеничен в изложении жалоб. На вопросы отвечает в плане заданного, обстоятелен, особенно в изложении жалоб и ощущений. Фиксирован на симптомах нарушения сна, подозревает у себя серьезные проблемы со здоровьем, винит себя в безответственности, что устроился на работу с ночным графиком. Склонен к ипохондрии, сверхценным образованиям. Критичен к своему состоянию.

Дальнейшее лечение/наблюдение пациента следует проводить

- амбулаторно, периодически посещая больного на дому
- в условиях дневного стационара ПНД
- в условиях амбулаторного режима районной поликлиники у врача невролога
- в условиях амбулаторного режима ПНД

Для оценки выраженности симптомов инсомнии необходимо

- амбулаторно, периодически посещая больного на дому
- в условиях дневного стационара ПНД
- в условиях амбулаторного режима районной поликлиники у врача невролога
- в условиях амбулаторного режима ПНД

Результаты обследования

Заполнение Дневника сна в течение 7-14 дней

Средняя продолжительность сна составляет 8 часов, эффективность сна 93%, продолжительность засыпания 35 минут, количество ночных пробуждений в среднем равно 1 (продолжительность повторного засыпания 5 минут), засыпание в интервале времени между 2:00-04:00, подъем 10:00-12:00.

Заполнение шкалы Питтсбургского индекса качества сна

11 баллов

Заполнение шкалы дисфункциональных убеждений

Наиболее выражены: страх сойти с ума, страх развития соматического расстройства.

Проведение суточного полисомнографического исследования

Снижение представленности всех фаз сна с преобладанием 1 и 2 фазы медленного сна.

Одним из главных признаков наличия синдрома задержки фазы сна является

- сонливость во второй половине дня
- приступы сонливости в дневное время
- смещение времени минимальных значений температуры тела в более ранние часы
- задержка засыпания не менее чем на 2 часа

В соответствии с критериями МКБ-10 больному следует выставить диагноз

- сонливость во второй половине дня
- приступы сонливости в дневное время
- смещение времени минимальных значений температуры тела в более ранние часы
- задержка засыпания не менее чем на 2 часа

Диагноз

Расстройство режима сна и бодрствования неорганической этиологии (F51.2)

Бессонница неорганической этиологии (F51.0)

Ипохондрическое расстройство (F45.2)

Соматизированное расстройство (F45.0)

Согласно Международной Классификации Расстройств сна (МКРС-3) состояние пациента соответствует

- свободновыбранному циклу сон-бодрствование
- расстройству цикла сон-бодрствование с задержкой сна
- нерегулярному циклу сон-бодрствование
- синдрому ранней фазы сна

Синдром задержки фазы сна чаще всего встречается у

- женщин в возрасте 14-30 лет
- мужчин и женщин в возрасте 60-85 лет
- мужчин в возрасте 18-35 лет
- мужчин и женщин в возрасте 20-30 лет

Наиболее чувствительным диагностическим методом является

- определение начала вечернего увеличения секреции мелатонина
- полисомнография
- актикрафия
- регистрация температуры тела

Чередование жалоб на инсомнию и/или гиперсомнию с бессимптомными периодами характерно для

- синдрома ранней фазы сна
- нерегулярного цикла сон-бодрствование
- синдрома поздней фазы сна
- свободновыбранного цикла «сон-бодрствование»

Правильнее всего начать лечение с

- назначения доксиламина
- разъяснения правил гигиены ночного сна
- назначения седативных успокоительных сборов
- назначения мелатонина

К препаратам фармакологической коррекции синдрома задержки цикла «сон-бодрствование» относят

- мелатонин
- триптофан
- доксиламин
- агомелатин

Распространенным отклонением в лабораторных показателях на фоне приема агомелатина является

- увеличение АЛТ и АСТ
- нейтропения
- лейкопения
- увеличение креатинина

Яркость и продолжительность экспозиции ярким светом при лечении расстройства сна с задержкой фазы

- увеличение АЛТ и АСТ
- нейтропения
- лейкопения
- увеличение креатинина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина, 26 лет, амбулаторно обратилась к врачу-психиатру ПНД.

Жалобы

Трудности при засыпании, отсутствие чувства отдыха после сна, повышенную тревожность, неустойчивость настроения.

Анамнез заболевания

* Жалобы на нарушение ночного сна появились около месяца назад на фоне переживаний по поводу взаимоотношений с молодым человеком. Ожидая совместной поездки в другой город, и, предвкушая предложение о замужестве, долго не могла уснуть. Около 4х часов ночи появились мысли о невозможности засыпания и последствиях для общего самочувствия на следующий день. В последующие несколько дней засыпала хорошо, однако отмечала появление тревожного ожидания вечером. Ситуация с трудностями при засыпании стереотипно повторилась через неделю. В последующем появился страх перед отходом ко сну, спала беспокойно, поверхностно, нарастали симптомы тревоги

за свое состояние и его прогноз. Обратилась за помощью к психологу, специалистом была направлена на консультацию к психиатру

* Из анамнеза известно, что пациентка всегда испытывала трудности при засыпании, в ожидании предстоящих значимых событий (например, экзамены, важные встречи и т.д.), по поводу таких нарушений за помощью не обращалась, справлялась самостоятельно, иногда прибегала к помощи седативных растительных препаратов (пустырник, валериана)

* За год до описываемых событий отметила появление у себя неспецифического головокружения, затруднялась объяснить причину появления симптома, однако испытывала беспокойство по этому поводу. Обратилась за помощью к неврологу, врач не нашел очевидной медицинской патологии, рекомендовал принимать тофизолам, после нескольких дней приема самостоятельно отменила лекарство в связи с его неэффективностью, решила справляться самостоятельно. В настоящее время иногда признает наличие симптомов головокружения, однако существенного значения им не придает.

Анамнез жизни

* семейный анамнез психопатологически не отягощен

* образование высшее педагогическое

* работает косметологом

* проживает в отдельной комнате съемной квартиры

* эпизодически курит чаще на фоне употребления алкоголя (приблизительно 1 раз в неделю). В последние недели отмечает положительный эффект от алкоголя в контексте засыпания, в связи с чем употребляет чаще с целью уснуть (до 70 мл крепкого спиртного)

Объективный статус

Выглядит опрятно, следит за своей внешностью. Охотно рассказывает о себе и особенностях своего состояния, в изложении тревожна, эмоциональна. Склонна к демонстративности. Охвачена переживаниями о возможном прогнозе своего состояния. Фиксирована на симптомах инсомнии.

Для оценки выраженности симптомов инсомнии необходимо

- увеличение АЛТ и АСТ

- нейтропения
- лейкопения
- увеличение креатинина

Результаты обследования

Заполнение шкалы Питтсбургского индекса качества сна
11 баллов

Заполнение Дневника сна в течение 7-14 дней

Средняя продолжительность сна составляет 5 часов, эффективность сна 70%, продолжительность засыпания 35 минут, количество ночных пробуждений в среднем равно 1 (продолжительность повторного засыпания 5 минут), засыпание в интервале времени между 23:00-04:00, подъем 08:00-09:00.

Заполнение шкалы дисфункциональных убеждений

Наиболее выражены: страх сойти с ума, страх развития соматического расстройства.

Проведение суточного полисомнографического исследования

Снижение представленности всех фаз сна с преобладанием 1 и 2 фазы медленного сна.

Согласно МКРС-3 к диагностическим критериям категории А относится (-ятся)

- усталость/недомогание
- дневная сонливость
- трудности инициации сна
- нарушение социального, семейного, производственного или учебного функционирования

Количественным критерием для выявления пресомнических расстройств при инсомнии является продолжительность засыпания, превышающая + _____ + минут

- 15
- 30
- 40
- 60

В соответствие с критериями МКБ-10 больному следует выставить диагноз

- 15
- 30
- 40

- 60

Диагноз

Бессонница неорганической этиологии (F51.0)

Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2)

Ипохондрическое расстройство (F45.2)

Соматизированное расстройство (F45.0)

Клиническая картина инсомнии соответствует

- парадоксальной
- психофизиологической
- нарушению гигиены сна
- идиопатической

К признакам наличия пресомнических расстройств относят

- вегетативную дисрегуляцию в процессе засыпания
- частые пробуждения среди ночи
- отсутствие глубины сна
- формирование патологических ритуалов

У пациентки с учетом динамики заболевания и актуального статуса можно диагностировать + _____ + синдром

- психопатический
- тревожно-депрессивный
- тревожный
- ипохондрический

Клиническая картина заболевания осложняется

- акцентуацией личности по истерическому типу
- периодическим употреблением алкоголя (F1x26)
- ипохондрическим синдромом
- анозогнозией

Правильнее всего начать лечение с

- разъяснения правил гигиены ночного сна
- назначения мелатонина
- назначения доксиламина
- назначения седативных успокоительных сборов

Преимуществом поведенческих психотерапевтических методов является

- безопасность
- краткосрочность
- простота использования
- доступность

В случае неэффективности психотерапевтического воздействия и ухудшения состояния следует начать прием

- агомелатина
- залеплона
- бромдигидрохлорфенилбензодиазепина
- доксиламина

Одним из наиболее распространенных нежелательных эффектов от приема бензодиазепинов является

- агомелатина
- залеплона
- бромдигидрохлорфенилбензодиазепина
- доксиламина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девушка 18 лет, обратилась за консультацией к врачу-психиатру.

Жалобы

Сниженное настроение, провалы в памяти, кратковременные периоды потери сознания, повышенную тревожность, нарушение ночного сна.

Анамнез заболевания

Пациентка с раннего детского возраста занималась фигурным катанием. В дошкольном и раннем школьном периоде спорт занимал практически все свободное время, участвовала в соревнованиях, занимала призовые места на международных турнирах. В 12 лет получила травму головы, около недели провела в стационаре, спустя еще полгода получила травму колена, из-за чего

более не могла выступать в одиночном катании. С этого момента усилились конфликты с матерью, которая все время очень строго подходила к воспитанию дочери особенно контролируя тренировки. Пациентка отмечает регулярные физические воспитательные меры наказания, прием только определенной пищи в небольших количествах, физические упражнения по инициативе матери за рамками тренировочной программы. Мать учила, что эмоции - это плохо, проявлять их не нужно. Со временем научилась скрывать эмоции, практически перестала реагировать на наказания. В возрасте 14 лет появились периоды, кратковременной потери памяти (15-30 минут), в течение этого времени по замечанию одноклассников вела себя развязно, была груба, могла вступить в конфликт по малозначимым поводам. Впоследствии такому своему я дала отдельное имя. Впоследствии появилась еще одна личность, которая была склонна к проявлению эмоций, сентиментальности. Из-за участившихся конфликтов с матерью бросила заниматься фигурным катанием, переехала жить к бабушке. В последние полгода перед обращением за помощью к психиатру отметила появление страха полной утраты контроля над собой, т.к. частота периодов амнезии возросла, не помнила значительные периоды (от нескольких часов до нескольких суток) не могла контролировать «переключения». Вместе с тем отмечала появление мыслей о суициде, которые стали появляться все чаще, обдумывала различные возможности ухода из жизни.

Анамнез жизни

* студентка 1го курса гуманитарного вуза (психолог)

* проживает вместе с бабушкой в отдельной квартире (взаимоотношения удовлетворительные), с матерью контакт не поддерживает

* эпизодически употребляет алкоголь (1 раз в неделю 400-500 мл вина)

Объективный статус

На приеме в сопровождении бабушки. В кабинет входит медленно, неуверенно. Одета просто, несколько неряшливо. Сидит в однообразной позе, мимика редуцирована. Контакту доступна, на вопросы отвечает в плане заданного, кратко. К спонтанному диалогу не способна. Голос тихий, маломодулированный, диапазон эмоционального реагирования узкий, однако, способна различить юмор, сочувствие, раздражение и т.д. Фон настроения снижен. Тяготеет своим состоянием, высказывает страх полной утраты контроля над своими действиями в пользу двух других личностей, тяготеет провалами в памяти, которые стали случаться все чаще. Открыто высказывает мысли о желании уйти из жизни, в качестве метода остановилась на повешении (знает в каком месте дома теоретически может это сделать).

Психиатрическое освидетельствование данного больного проводится

- даже при отсутствии письменного согласия пациента
- только при наличии судебного решения
- только при наличии письменного согласия пациента
- при наличии письменного согласия матери

Дальнейшее лечение/наблюдение пациента следует проводить в

- условиях дневного стационара ПНД
- санаторном отделении психиатрической больницы
- условия амбулаторного приема ПНД
- условиях психиатрического стационара

В соответствие с критериями МКБ-10 больному следует выставить диагноз

- условиях дневного стационара ПНД
- санаторном отделении психиатрической больницы
- условия амбулаторного приема ПНД
- условиях психиатрического стационара

Диагноз

Расстройство множественной личности (F44.81)

Истерическое расстройство личности (F60.4)

Псевдопсихопатическая (психопатоподобная) шизофрения (F21.4)

Депрессивный эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами (F32.3)

Необходимым критерием для постановки диагноза F44.81 является

- нарушение кожной чувствительности
- утрата контроля над движениями тела
- больше двух личностей, проявляющих себя параллельно
- наличие двух и более личностей, которые проявляют себя последовательно с амнезией смен у оригинальной личности

У пациентки с учетом динамики заболевания и актуального статуса можно диагностировать + _____ + синдром

- психопатоподобный

- психопатический
- апато-абулический
- депрессивный

Амнезия в сочетании с внешне целенаправленными действиями является признаком

- диссоциативной амнезии
- диссоциативного ступора
- транса и одержимости
- диссоциативной фуги

В клиническом понимании диссоциативные расстройства чаще всего ассоциируются с проявлениями

- тревожного расстройства
- депрессивного расстройства
- психопатоподобной шизофрении
- истерического расстройства личности

Одной из отличительных черт конверсионно-диссоциативного синдрома при шизотипическом расстройстве является (-ются)

- выраженность негативных расстройств
- то, что он не устраняется при разрешении психотравмирующей ситуации
- изменение телесных ощущений
- небредовые дисморфофобические переживания

Антипсихотиком, рекомендованным к применению при диссоциативных расстройствах, является

- галоперидол
- тиоридазин
- оланзапин
- клозапин

При купировании диссоциативных симптомов широко используется

- эмоционально-образная психотерапия
- психодинамическая психотерапия
- гештальт психотерапия
- экзистенциальная психотерапия

Медикаментозная коррекция диссоциативных расстройств включает в себя комбинацию

- ИМАО с антипсихотиками
- нормотимики с анксиолитиками
- СИОЗС с анксиолитиками
- антипсихотики с анксиолитиками

Продолжительность лечения составляет

- ИМАО с антипсихотиками
- нормотимики с анксиолитиками
- СИОЗС с анксиолитиками
- антипсихотики с анксиолитиками

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 44 года, амбулаторно обратился к врачу-психиатру ПНД.

Жалобы

Трудности при засыпании, пробуждение среди ночи с длительным периодом повторного засыпания (более часа), отсутствие чувства отдыха после сна, слабость, трудности окончательного пробуждения, озабоченность состоянием своего здоровья, апатию, сниженное настроение.

Анамнез заболевания

Впервые жалобы на нарушение ночного сна появились 4 года назад, будучи на работе не смог заснуть в часы отдыха (работал сутки через двое охранником в группе оперативного реагирования), постепенно трудности при засыпании стали появляться и в выходные дни по ночам. Самостоятельно принимал бензодиазепины, доксиламин с положительным эффектом. Спустя полгода, эффективность лекарственной терапии стала снижаться. Обратился к врачу-неврологу, был госпитализирован в неврологическое отделение городской больницы, в стационаре динамика сна оставалась неустойчивой. После консультации психиатра было рекомендовано продолжить лечение в санаторном отделении ПБ. За период стационарного лечения была подобрана терапия клозапином 25 мг утром и 25 мг вечером, которую принимает по настоящее время (50 мг перед сном). Актуальное обращение за помощью в связи с ухудшением эффекта от принимаемой терапии (сохраняются жалобы на поверхностный сон, трудности утреннего пробуждения) и присоединения жалоб на сниженное настроение, а также беспокойство относительно продолжительного приема клозапина.

Анамнез жизни

- * семейный анамнез психопатологически не отягощен

- * образование средне-специальное

- * работает охранником

- * проживает в квартире вместе с матерью (около года назад развелся с женой, объясняет это частыми ссорами и проблемами с потенцией на фоне приема психофармакотерапии, от брака двое детей)

- * около года назад бросил курить (в связи с актуальным состоянием, в попытке повлиять на симптомы инсомнии), последние 20 лет категорически не употребляет алкоголь.

Объективный статус

Одет просто, по-спортивному, в целом опрятно. В начале беседы тревожен, на вопросы отвечает кратко, по существу. В целом контакту доступен, затрудняется описать причинно-следственные связи появления расстройства сна. Мышление ригидное, конкретное. Суждения простые. Склонен к диссимуляции, особенно в отношении симптомов сниженного настроения. Фиксирован на проблеме нарушения сна, обеспокоен необходимостью длительного приема лекарств, настроен найти немедикаментозный способ решения своей проблемы. Критика к состоянию сохранена.

Согласно МКРС-3 к диагностическим критериям категории А относится (-ятся)

- нарушение внимания, сосредоточения или запоминания
- расстройство настроения/раздражительность
- проблемы с поведением (например гиперактивность, импульсивность, агрессия)
- трудности поддержания сна

Для постановки диагноза инсомния количество неудовлетворительных ночей в неделю должно быть не менее чем

- 4
- 2
- 3
- 6

Количественным критерием для выявления интрасомнических нарушений при инсомнии является продолжительность времени бодрствования в период

сна (время от момента засыпания до утреннего пробуждения) более _____ минут

- 40
- 60
- 30
- 120

Согласно МКРС-3 к диагностическим критериям категории В не относится

- нарушение социального, семейного, производственного или учебного функционирования
- нарушение сна и связанные с ним дневные симптомы, случающиеся не менее чем 3 раза в неделю
- усталость/недомогание
- дневная сонливость

В соответствие с критериями МКБ-10 больному следует выставить диагноз

- нарушение социального, семейного, производственного или учебного функционирования
- нарушение сна и связанные с ним дневные симптомы, случающиеся не менее чем 3 раза в неделю
- усталость/недомогание
- дневная сонливость

Диагноз

Бессонница неорганической этиологии (F51.0)

Тревожно-депрессивное расстройство

Соматоформное расстройство

Генерализованное-тревожное расстройство

По характеру нарушений и продолжительности заболевания инсомнию следует отнести к

- пресомнической, интрасомнической острой
- интрасомнической, постсомнической, хронической
- пресомнической, интрасомнической, хронической

- пресомнической, постсомнической хронической

У пациента с учетом динамики заболевания и актуального статуса можно диагностировать + _____ + синдром

- психопатический
- депрессивный
- тревожный
- ипохондрический

Клиническая картина инсомнии соответствует

- психофизиологической инсомнии
- парадоксальной инсомнии
- инсомнии при приеме лекарственных или других препаратов
- инсомнии при психических расстройствах

К когнитивным формам коррекции инсомнии относится (-ятся)

- разъяснения правил гигиены ночного сна
- релаксационные тренировки
- ограничение внешней стимуляции
- терапия ограничением сна

Тактика медикаментозной терапии включает в себя

- одномоментную отмену клозапина и назначение Z-препаратов
- сохранение приема клозапина и дополнительное назначение бензодиазепинового транквилизатора
- постепенную отмену клозапина и назначение trazодона
- сохранение приема клозапина и дополнительное назначение amitriptilina

Одним из распространенных побочных эффектов клозапина является (-ются)

- повышение АД
- гранулоцитопения
- снижение массы тела
- кожные высыпания

К наиболее частым нежелательным эффектам зопиклона относится (-ятся)

- повышение АД
- гранулоцитопения
- снижение массы тела

- кожные высыпания

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина, 76 лет, обратился за амбулаторной помощью к врачу-психиатру ПНД.

Жалобы

Трудности при засыпании, частые ночные пробуждения, утренняя разбитость, эмоциональная лабильность, ухудшение памяти и внимания.

Анамнез заболевания

Жалобы на нарушение ночного сна стали появляться около 5 лет назад. Их наличие связывает с окончанием трудовой деятельности (занимался редакторской деятельностью на дому). Первые проявления инсомнии выражались в увеличении продолжительности засыпания с 10-15 минут, до 40-120 минут. По поводу своего состояния обращался за помощью к врачу-неврологу, был рекомендован прием бромдигидрохлорфенилбензодиаземина в дозе 0,5-1 мг/сут. Принимал лекарство эпизодически (опасался формирования зависимости) с положительным эффектом. Около года назад стал отмечать ухудшение ночного сна в виде частых ночных пробуждений. Мог проснуться 2-3 раза за ночь, после чего засыпал в течение 40-60 минут. Пытался справиться самостоятельно к врачу не обращался. Актуальное ухудшение в течение последнего полугодия, когда стал замечать ухудшение памяти, внимания, стал избегать выполнения бытовых обязанностей, реже мог заниматься любимым делом (писал заметки в газету, которые иногда публиковали). Снижение ухудшение собственного функционирования связал с нарушением ухудшением ночного сна, постепенно появилось беспокойство относительно самочувствия на следующий день (в случае, если ночью спал плохо), стал с большим вниманием относиться к своему здоровью, чаще измерять артериальное давление, все чаще отмечать у себя признаки недомогания, зафиксировался ухудшении когнитивного функционирования.

Анамнез жизни

- * образование высшее филологическое
- * вдовец, проживает в квартире один. Есть сын живет отдельно со своей семьей
- * вредные привычки отрицает (бросил курить около 40 лет назад)

Объективный статус

Одет опрятно, следит за своей внешностью. Охотно вступает в беседу,

обстоятельно рассказывает о себе и своей проблеме. Находит стойкую связь между нарушением ночного сна и симптомами когнитивного дефицита, высказывает опасения относительно негативного влияния дефицита сна на общее состояние здоровья. Эмоционально лабилен, фон настроения незначительно снижен, умеренно тревожен. Мышление последовательное, обстоятельное. Критика к состоянию сохранена.

Дальнейшее лечение/наблюдение пациента следует проводить

- амбулаторно, периодически посещая больного на дому
- в условиях амбулаторного режима ПНД
- в условиях дневного стационара ПНД
- в условиях амбулаторного режима районной поликлиники у врача невролога

Согласно МКРС-3 к диагностическим критериям категории В не относится (-ятся)

- расстройство настроения/раздражительность
- проблемы с поведением (например гиперактивность, импульсивность, агрессия)
- нарушение внимания, сосредоточения или запоминания
- проблемы сна/бодрствования, не объясняющиеся наличием другого расстройства сна

В соответствии с критериями МКБ-10 больному следует выставить диагноз

- расстройство настроения/раздражительность
- проблемы с поведением (например гиперактивность, импульсивность, агрессия)
- нарушение внимания, сосредоточения или запоминания
- проблемы сна/бодрствования, не объясняющиеся наличием другого расстройства сна

Диагноз

Бессонница неорганической этиологии (F51.0)

Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2)

Соматоформное расстройство (F45.0)

Генерализованное-тревожное расстройство (F41.1)

К признакам наличия пресомнических расстройств относят

- формирование патологических ритуалов
- отсутствие глубины сна
- вегетативную дисрегуляцию в процессе засыпания
- частые пробуждения среди ночи

У пациентки с учетом ее преморбидных особенностей и актуального статуса можно диагностировать + _____ + синдром

- тревожно-депрессивный
- тревожный
- психопатический
- ипохондрический

Клиническая картина инсомнии соответствует

- инсомнии при психических расстройствах
- психофизиологической инсомнии
- парадоксальной инсомнии
- инсомнии при приеме лекарственных или других препаратов

К правилам гигиены сна относятся

- ограничение сна
- соблюдение регулярного распорядка засыпания/пробуждения
- разъяснение основ физиологии сна
- ограничение внешней стимуляции

Преимуществом поведенческих психотерапевтических методов является

- краткосрочность
- безопасность
- простота использования
- широкая доступность

В случае неэффективности психотерапевтического воздействия и ухудшения состояния следует начать прием

- бромдигидрохлорфенилбензодиазепина
- агомелатина
- зопиклона

- доксиламина

К наиболее частным нежелательным эффектам зопиклона относятся

- головная боль
- судороги
- металлический привкус во рту
- гиперсаливация

Среди наиболее распространенных коморбидных расстройств инсомнии выделяют

- желудочно-кишечные
- психические
- сердечно-сосудистые
- бронхо-легочные

Наличие инсомнии в 4 раза повышает риск развития

- желудочно-кишечные
- психические
- сердечно-сосудистые
- бронхо-легочные

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина, 42 года, обратился за амбулаторной консультацией к врачу-психиатру ПНД.

Жалобы

На эпизоды внезапных ночных пробуждений, вскрикивания, тяжелое дыхание, потливость, учащенное сердцебиение, озабоченность своим состоянием, повышенную тревожность.

Анамнез заболевания

4,5 года назад появились приступы внезапного пробуждения в ночное время из-за ощущения удушья, страха подавиться. Со слов мужа, пациентка ночью резко садится в постели, хватается за горло, задыхается, хрипит, страх в глазах, далее просыпается, понимает, что с ней все в порядке, пьет воду и сразу засыпает. Приступ обычно длится около 30 секунд. Иногда помнит его, иногда нет, эпизодически сопровождается ощущением удушья, или просто внезапно садиться и ложиться в постели беззвучно. Ранее при таких приступах у пациентки

возникало ощущение инородного тела в горле, во многих случаях не помнила произошедшего ночью и не просыпалась. Если в момент приступа муж пытается помочь, всегда реагирует агрессивно, может нецензурно браниться, оттолкнуть, пробуждаясь свое поведение амнезирует. С момента появления приступы случались 1 раз в 3-4 месяца, в последние полгода стали происходить существенно чаще (до 3-4 раз за ночь, 5 ночей из 7). Со своей проблемой обращалась за помощью к неврологу, терапевту (соматический анамнез не отягощен). По результатам обследования была направлена на консультацию к психиатру.

Ранее за помощью к психиатру не обращалась, в течение отмечала склонность к тревожным переживаниям, эмоциональной неустойчивости.

Анамнез жизни

* Образование высшее юридическое, работает в прокуратуре старшим следователем

* проживает вместе с мужем в отдельной квартире, детей нет

* Вредные привычки отрицает

Объективный статус

Внешне опрятна, следит за своей внешностью, обращает на себя внимание яркость макияжа и обилие украшений. Контакт доступен, обстоятельно, стенично рассказывает о своих жалобах. На вопросы отвечает по существу, к личным темам (работа, анамнез жизни) относится с осторожностью, отвечает кратко, в плане заданного. Фиксирована на теме ночных приступов, озабочена вероятными прогнозами относительно дальнейшего развития заболевания. Вместе с тем склонна связывать появление приступов с проблемами в семейной жизни, допускает вероятность развода из-за необходимости прекратить ночные пробуждения. Мышление конкретное. Склонна к формированию сверхценных идей ипохондрического и паранойяльного содержания. Критика сохранена.

Дальнейшее лечение/наблюдение пациентки следует проводить

- в условиях амбулаторного режима районной поликлиники у врача невролога
- в условиях дневного стационара ПНД
- в условиях амбулаторного режима ПНД
- амбулаторно, периодически посещая больного на дому

Для дальнейшего обследования и лечения в амбулаторных условиях ПНД необходимо

- в условиях амбулаторного режима районной поликлиники у врача невролога
- в условиях дневного стационара ПНД
- в условиях амбулаторного режима ПНД
- амбулаторно, периодически посещая больного на дому

Результаты обследования

Полисомнография

image::https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/176/001176023[]

За время исследования зарегистрировано два клинических события: в 02:56 и в 04:46. Во время глубокого сна пациентка неожиданно вскакивает с постели, кричит, тяжело дышит, наклоняется с кровати вниз. Длится это около 5 секунд, затем приходит в себя, адекватно отвечает на вопросы. Во время второго события проводилось тестирование сознания. Называлась цифра для запоминания. Пациентка этого не вспомнила, как и не помнила, что кричала и тяжело дышала. После события попила воды и легла спать.

На ЭЭГ регистрировалась картина медленноволнового сна, которая резко прерывалась большим количеством миографических артефактов. Паттерн приступа не регистрировался

Заполнение шкалы Питтсбургского индекса качества сна

4 балла

Заполнение Дневника сна в течение 7-14 дней

Средняя продолжительность сна составляет 7 часов, эффективность сна 89%, продолжительность засыпания 15 минут, количество ночных пробуждений в среднем равно 2 (продолжительность повторного засыпания 10 минут), засыпание в интервале времени между 23:00-24:00, подъем 07:00.

Магниторезонансная томография головы

Структуры мозга симметричны, обычной структуры и плотности. Признаков атрофии и очаговых образований нет.

К парасомниям, ассоциированным с фазой медленного сна относят

- галлюцинации сна
- ночной энурез
- кошмары
- снохождение

Сексомния является вариантом

- ночных страхов
- конфузионного пробуждения
- синдрома ночной еды
- сомнабулизма

Потенциальная возможность причинить вред себе или окружающим характерна для

- снохождения (сомнабулизм)
- ночных кошмаров
- галлюцинаций сна
- паралича сна

В соответствие с критериями МКБ-10 больному следует выставить диагноз

- снохождения (сомнабулизм)
- ночных кошмаров
- галлюцинаций сна
- паралича сна

Диагноз

Ужасы во время сна (ночные ужасы) (F51.4)

Кошмары (F51.5)

Ипохондрическое расстройство (F45.2)

Снохождение (сомнабулизм) (F51.3)

Согласно Международной Классификации Расстройств Сна 3-го пересмотра, наличие рудиментарного сумеречного помрачения сознания с нарушением ориентировки, аффектом страха и психомоторным возбуждением в фазу медленного сна характерно для

- ночных страхов
- конфузионных пробуждений
- кошмаров
- снохождения

Общей чертой для всех парасомний является (-ются)

- быстрое возникновение и быстрое прохождение
- длительное персистирование симптоматики
- наличие ведущего симптома
- симптомы, легко поддающиеся обратному развитию

Для ночного страха характерно наличие

- компульсивного приема пищи
- совершения сложных моторных актов
- пробуждения в первой трети ночи с совершением нелепых действий
- внезапного пробуждения с криком

Продолжительность эпизода в рамках ночного страха составляет + _____ + минут

- 2-3
- 5-30
- 10-15
- 30-40

К предпочтительному методу коррекции парасомнических расстройств, ассоциированных с фазой медленного сна относится

- назначение мелатонина
- рациональная психотерапия
- рекомендация по гигиене сна
- назначение антипсихотиков

Одним из рекомендованных видов психотерапевтической коррекции при парасомниях ассоциированных с фазой медленного сна является

+ _____ + психотерапия

- назначение мелатонина
- рациональная психотерапия
- рекомендация по гигиене сна
- назначение антипсихотиков

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина, 63 года, обратилась за амбулаторной помощью к врачу-психиатру ПНД.

Жалобы

Трудности при засыпании, поверхностный сон, утренняя разбитость, эмоциональная лабильность, ухудшение памяти и внимания.

Анамнез заболевания

В возрасте 57 лет из-за недопонимания с начальницей вынуждена была уволиться с работы. В тот период снизилось настроение, появилась плаксивость, старалась поменьше выходить из дома на улицу, т.к. считала, что в маленьком поселке все знают обстоятельства конфликта, в лицах знакомых читала осуждение, была уверена, что отношение соседей и знакомых к ней изменилось. На этом фоне отмечает ухудшение ночного сна в виде трудностей при засыпании, поверхностный сон, отсутствие чувства отдыха по утрам. За медицинской помощью не обращалась, старалась справляться самостоятельно при помощи растительных седативных препаратов, средств народной медицины. Актуальное ухудшение в течение последнего полу года, когда на фоне стрессовых переживаний (развод сына), вновь отметила появление трудностей с засыпанием. По поводу своего состояния обращалась за помощью к терапевту, неврологу, 2 недели лежала в неврологическом отделении городской больницы, получая преимущественно ноотропную терапию и хлорпротиксен (15 мг н/н). После выписки в течение двух недель чувствовала себя удовлетворительно, после чего проблема с ночным сном вновь постепенно вернулась, на фоне чего отмечает нарастание симптомов тревоги за свое здоровье, появление опасений за будущее, ухудшение когнитивного функционирования (память, внимание). Обратилась за амбулаторной помощью.

Анамнез жизни

* образование среднее специальное (товаровед)

* проживает в квартире вместе с мужем и сыном (взаимоотношения в семье удовлетворительные)

* Не курит. В последний месяц для лучшего засыпания прибегает к употреблению 30-50 мл крепкого спиртного.

Объективный статус

Одета просто, в целом опрятно. В беседе напряжена, тревожна, стойко фиксирована на нарушениях ночного сна и возможных последствиях для здоровья. В изложении открыта. Обстоятельно, суетливо рассказывает о динамике своего состояния и истории медицинских обследований последнего времени. На вопросы отвечает в плане заданного, не всегда последовательно.

Дальнейшее лечение/наблюдение пациента следует проводить

- в условиях амбулаторного режима районной поликлиники у врача невролога
- в условиях амбулаторного режима ПНД
- в условиях дневного стационара ПНД
- амбулаторно, периодически посещая больного на дому

Для оценки выраженности симптомов инсомнии необходимо

- в условиях амбулаторного режима районной поликлиники у врача невролога
- в условиях амбулаторного режима ПНД
- в условиях дневного стационара ПНД
- амбулаторно, периодически посещая больного на дому

Результаты обследования

Заполнение шкалы Питтсбургского индекса качества сна

14 баллов

Заполнение Дневника сна в течение 7-14 дней

Средняя продолжительность сна составляет 5 часов, эффективность сна 70%, продолжительность засыпания 35 минут, количество ночных пробуждений в среднем равно 1 (продолжительность повторного засыпания 5 минут), засыпание в интервале времени между 23:00-04:00, подъем 08:00-09:00.

Электроэнцефалография

Уровень развития электрической активности коры соответствует возрастной норме.

Магнитно-резонансная томография головы

Структуры мозга симметричны, обычной структуры и плотности. Признаков атрофии и очаговых образований нет.

Согласно МКРС-3 к диагностическим критериям категории А относится (-ятся)

- дневная сонливость
- беспокойство о своем сне и неудовлетворенность им
- трудности спать без участия родителя или другого человека
- расстройство настроения/раздражительность

В соответствие с критериями МКБ-10 больному следует выставить диагноз

- дневная сонливость
- беспокойство о своем сне и неудовлетворенность им
- трудности спать без участия родителя или другого человека

- расстройство настроения/раздражительность

Диагноз

Бессонница неорганической этиологии (F51.0)

Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2)

Ипохондрическое расстройство (F45.2)

Соматизированное расстройство (F45.0)

По характеру нарушений и продолжительности заболевания инсомнию следует отнести к

- пресомнической, хронической
- постсомнической хронической
- интрасомнической, хронической
- смешанной, хронической

Согласно МКРС-3 к диагностическим критериям категории В не относится (-яся)

- жалобы на сон/бодрствование, не объясняющиеся недостаточными возможностями или условиями для сна
- беспокойство о своем сне и неудовлетворенность им
- расстройство настроения/раздражительность
- дневная сонливость

Клиническая картина соответствует инсомнии

- при приеме лекарственных или других препаратов
- парадоксальной
- при психических расстройствах
- психофизиологической

При любой клинической форме инсомнии показано

- назначение мелатонина
- назначение седативных сборов
- когнитивно-поведенческая психотерапия
- назначение триптофана

К когнитивным формам коррекции инсомнии относится (-ятся)

- разъяснение правил гигиены ночного сна
- терапия ограничением сна
- релаксационные тренинги
- ограничение внешней стимуляции

С учетом динамики состояния, актуального статуса и возраста пациентки, препаратом выбора является

- amitriptilin
- doksilamin
- trazodon
- bromdihydroklorofenilbenzodiazepin

Распространенным нежелательным эффектом препарата trazodon является

- kozhnaya syep
- dnevnaya sonlivost
- granuloцитопения
- povыsheniye AD

Распространенность инсомнии в популяции в зависимости от жесткости диагностических критериев колеблется в пределах + _____ + %

- kozhnaya syep
- dnevnaya sonlivost
- granuloцитопения
- povыsheniye AD

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка, 18 лет на приеме у психотерапевта.

Жалобы

Жалоб не предъявляет. Говорит, что ее заставила прийти мама.

Анамнез заболевания

Роды и ранее развитие без особенностей. Росла ребенком с нормальным весом. Однако в возрасте 14 лет, после некорректного замечания в свой адрес учителя физкультуры, решила похудеть. Диеты и физические нагрузки результат не дали. Стала вызывать рвоту до 10-15 раз в сутки. На сегодняшний день вес составляет 39 кг.

Анамнез жизни

Росла обычным ребенком. Посещала ДДУ. В школе училась на отлично. Занималась гимнастикой. Однако была постоянно неудовлетворённо своими достижениями.

Объективный статус

Соматический статус. Жалоб нет. Пониженного питания. Кожные покровы чистые, бледные. Аллергии отрицает. Дыхание свободное. Живот мягкий, безболезненный.

Неврологический статус. Без особенностей. Жалоб нет. Пробы выполняет удовлетворительно, рефлексы симметричные. ЧМТ отрицает.

Психический статус. Выражение лица печальное. Не настроена на лечение. Ориентирована в полном объеме. Настроение снижено. Мышление последовательно. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики не выявляет.

Учитывая анамнез и статус больной, можно поставить диагноз

- кожная сыпь
- дневная сонливость
- гранулоцитопения
- повышение АД

Диагноз

Нервная анорексия

Шизофрения

Расстройство личности

Биполярное расстройство

Необходимыми для постановки диагноза методами обследования являются

- лабораторный
- клинико-психопатологический
- экспериментально-психологический
- физикальный

Возможный вид оказываемой медицинской помощи - это

- однократная консультация
- амбулаторный
- стационарный
- дневной стационар

При данном типе расстройстве психотерапией первого выбора является

- экзистенциально-гуманистическая терапия
- когнитивно-поведенческая
- танцевальная терапия
- арт-терапия

Врач-психотерапевт поручит клиническому психологу в данном случае заниматься прежде всего

- танцевальной психотерапией
- музыкотерапией
- психоанализом
- психообразованием

Подобных пациентов необходимо курировать совместно с

- диетологом
- терапевтом
- эндокринологом
- хирургом

Основной целью психотерапии психогенного переедания является

- разрушение сверхценной идеи снижения веса
- улучшение социального статуса пациента
- улучшение межличностных взаимодействий
- опознавание травм рода

Пациенту, страдающему нервной анорексией, следует рекомендовать консультацию

- генетика
- невропатолога
- психолога
- хирурга

Основная задача психотерапевтической интервенции

- работа с напряжением в теле

- анализ травмы рода
- анализ межличностных отношений
- адаптация к нормальному образу собственного «Я»

Причиной сопротивления при проведении психотерапии является

- критика близких
- страх перед нормальным весом
- наличие бессознательных выгод болезни
- неспособность контролировать пищевое поведение

Формы психотерапии в отдаленном терапевтическом периоде

- семейная
- индивидуальная
- групповая
- коллективная

В психиатрической практике среди амбулаторных больных распространенность данных личностных расстройств составляет около + ____ + %

- семейная
- индивидуальная
- групповая
- коллективная

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной М., 1969 года рождения.

Жалобы

Жалобы на плохое физическое самочувствие, слабость, тревогу, плохой сон.

Анамнез заболевания

Ранее психиатрами не наблюдался. Со слов пациента, в детстве, подростковом и юношеском возрасте ни антивитаальных, ни суицидальных мыслей не отмечал. Впервые задумался о проблеме добровольного ухода из жизни после самоубийства дяди (пациенту было 15 лет). Дядя страдал алкоголизмом, много лет провёл в местах лишения свободы, страдал туберкулёзом, нигде не работал. Его самоубийство вызвало противоречивые чувства, как у пациента, так и у членов его семьи. С одной стороны, пациент был шокирован близким

столкновением со смертью. С другой стороны, испытывал определённое облегчение, и поступок дяди представлялся логически обоснованным. В тот момент испытал сильное чувство вины по поводу собственной «душевной черствости». Поэтому с тех пор старался избегать тем, связанных с самоубийством, чтобы «не тревожить старые воспоминания». Впервые антивитаальные переживания стали появляться в возрасте 30-32 лет. Именно тогда стал замечать, что хуже справляется со своими профессиональными обязанностями. Стал уставать на работе, не испытывал чувства отдыха по утрам, не восстанавливал силы в выходные дни. Объяснял это себе большими нагрузками. Однако время от времени стал задумываться о неправильности выбранной профессии, так как на данном этапе она не вызывала у него интереса. Эти мысли обостряли чувства тревоги и безысходности, так как не видел способов изменения этой ситуации. К этому моменту у пациента было уже двое детей, к которым он был привязан. Он чувствовал себя обязанным заботиться об их благополучии, поэтому заставлял себя не думать о возможностях изменения своего профессионального статуса. Параллельно стал злоупотреблять алкоголем, так как алкоголь, со слов пациента, оказывал стимулирующее воздействие. Стали портиться отношения с женой. Конфликты разгорались из-за злоупотребления пациентом алкоголем, однако он расценивал подобное поведение жены, как демонстрацию «нелюбви» к нему, и неудовлетворённости их материально-бытовыми условиями. В этот период стал часто задумываться о смерти, ловил себя на мысли, что уже не боится её. Появились фантазии о собственном умирании. Например, часто представлял, что язва желудка начинает кровоточить, и он умирает, просто заснув, от потери крови. Состояние ухудшилось в течение последнего года, когда из-за получения кредита был вынужден работать ещё больше. С работой справлялся плохо. Алкоголизировался, при этом большинство алкогольных эксцессов достигали третьей степени алкогольного опьянения. Злоупотребление алкоголем увеличивало нарастающую утомляемость. Нарушился сон, усилилось чувство тревоги. Появились подавленность, раздражительность, слезливость, взрывчатость. Чувствовал, что уже не в состоянии контролировать себя. Стало навязчивым желание «всё бросить и куда-нибудь уехать». Однако понимал не реалистичность этих фантазий. Три месяца назад, когда жена и дети были в отъезде, а пациент находился в отпуске, подумал, что ему «необходимо выспаться» и на фоне приёма алкоголя (0,5 литра водки) выпил 3 таблетки феназепама. Однако заснуть не смог и выпил ещё 5 таблеток. При этом понимал, что доза может оказаться смертельной, однако это не пугало, и доминирующим было желание «уснуть». Проспал 18 часов. Это эпизод рассматривал не как суицидальную попытку, а как злоупотребление лекарственными средствами из-за бессонницы. Месяц назад у пациента усилились боли, связанные с язвой желудка. Обезболивающие препараты не

помогали, к врачам не обращался, так как «не было времени заниматься собой», алкоголизм приобрёл характер истинных запоев, стал прогуливать работу, участились конфликты с женой. В течении недели до совершения суицидальной попытки спал по ночам по одному - два часа из-за болезни ребёнка. В день попытки с целью самоубийства находясь в квартире матери (которая в это время была на даче) выпил «пузырёк» но-шпы и 200 граммов водки, вскоре почувствовал себя очень плохо, появилась тошнота, головокружение, резкая слабость. Испугавшись, самостоятельно вызвал скорую помощь и открыл дверь. Затем потерял сознания. Очнулся в больнице, где добровольно согласился на лечение в психиатрической клинике. Суицидальную попытку не отрицал, относился к ней критически, говорил, что «сдали нервы». В целом к суициду относился критически, был рад, что суицидальная попытка не привела к смерти, так как «хотел жить и любил детей». Дал согласие на лечение от алкоголизма.

Анамнез жизни

Родился единственным ребёнком в семье. Психические заболевания у близких родственников отрицает, дядя со стороны матери покончил жизнь самоубийством. Сведения о беременности матери не имеет. Раннее развитие без особенностей, соответствовало возрастным нормам. Посещал детский сад. Отношение в родительской семье описывает, как гармоничные. Однако сообщает о том, что его воспитание происходило по типу «кумира семьи». Более близкие отношения складывались с матерью, отношение с отцом были формальными. Пациент объясняет эту ситуацию тем, что отец много работал, дома проводил мало времени. Мать же находилась на группе инвалидности (сахарный диабет, гипертоническая болезнь, острое нарушение мозгового кровообращения). Вследствие этого, мать всё своё свободное время посвящала воспитанию ребёнка. В школу пошёл с 7 лет, учился на «хорошо» и «отлично». Закончил 10 классов. Далее поступил в технический институт и после окончания работал инженером на заводе. В армии не служил, так как проходил военную кафедру во время обучения в институте. Женат с 23 лет, в браке имеет двоих детей. Отношение к семье описывает, как конфликтные, так как жена «его не понимает, предъявляет необоснованные претензии». Год назад пациент оформил на себя ипотечный кредит. Вследствие этого столкнулся с необходимостью дополнительного дохода (брал на дом заказы по написанию компьютерных программ). В этот же период обострилась язвенная болезнь желудка, которой пациент страдал с 15 лет. Однако лечением не занимался, так как «не было времени». Злоупотреблял алкоголем по типу псевдозапоев (запой в выходные и праздничные дни).

Объективный статус

Соматический статус. Жалоб нет. Кожные покровы чистые, бледные.

Аллергии отрицает. Дыхание свободное. Живот мягкий, умеренно болезненный в области печени.

Неврологический статус. Без особенностей. Жалоб нет. Пробы выполняет удовлетворительно, рефлексы симметричные. ЧМТ отрицает.

Психический статус.

Внешне спокоен. На вопросы отвечает по существу. Ориентирован в полном объеме. Мышление последовательно. Эмоции адекватны. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики не выявляет.

Учитывая анамнез и статус больного, можно поставить диагноз

- семейная
- индивидуальная
- групповая
- коллективная

Диагноз

Психическое расстройство, вызванное употреблением ПАВ

Шизофрения

Шизотипическое расстройство

Биполярное расстройство

Необходимыми для постановки диагноза методами обследования является

- клинико-психопатологический
- лабораторный
- экспериментально-психологический
- эпидемиологический

Клинико-психологический тип суицида

- витальный
- амбивалентный
- импульсивный
- ситуационный

При данном типе суицидального поведения психотерапией первого выбора является (-ются)

- эмоционально-стрессовая терапия
- расстановки по Хеллингеру
- арт-терапия
- психоанализ

Врач-психотерапевт поручит клиническому психологу в данном случае заниматься прежде всего

- музыкотерапией
- эриксоновским гипнозом
- танцевальной психотерапией
- психообразованием

Форма лечения при данном состоянии пациента

- амбулаторная
- стационарная
- дневной стационар
- однократная консультация

Тип постсуицидального поведения у данного пациента

- манипулятивный
- аналитический
- критический
- фиксированный суицид

Уровень риска последующих суицидальных действий

- средний
- умеренный
- высокий
- низкий

На что направлена первичная профилактика суицидального поведения?

- анализ травмой рода
- анализ глубинных конфликтов
- работа с алекситимией
- предотвращение возникновения суицидального поведения

Цель психотерапии в отдаленном постсуицидальном периоде (индикативная профилактика)

- социальная реабилитация
- поиск новых личностных смыслов
- улучшение межличностных взаимодействий
- динамическое наблюдение и лечение суицидента по поводу психического заболевания (в случае его наличия)

Процент пациентов с суицидальным поведением, страдающих расстройствами зависимости от ПАВ

- 20
- 17
- 50
- 5

С какой целью принимается алкоголь при реализации суицидальных действий?

- 20
- 17
- 50
- 5

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 64 лет обратилась за помощью к психиатру геронтопсихиатрического отделения.

Жалобы

- * нестерпимый зуд кожных покровов
- * наличие на коже и под кожей, во внутренних органах, в кишечнике, в голове микробов и паразитов; ощущение, что они шевелятся
- * наличие «стекляшек», выходящих с калом
- * заражение микробами и паразитами всей квартиры, вещей, еды
- * нарушения сна

* головные боли, головокружения, тошнота, слабость

* эмоциональная лабильность, раздражительность, вспыльчивость, сниженное настроение

* расстройства внимания, трудности сосредоточения, забывчивость

Анамнез заболевания

* Длительное время страдает псориазом

* Наблюдается у терапевта с диагнозами: Гипертоническая болезнь; Атеросклероз сосудов головного мозга; Ишемическая болезнь сердца; Атеросклеротический и постинфарктный кардиосклероз; Стенокардия напряжения; Сахарный диабет 2 типа.

* В течении десяти лет отмечает головокружения, подъемы артериального давления, головные боли.

* Пять лет назад впервые обратилась к психиатру с жалобами на нестерпимый зуд, связанный с паразитами, живущими под кожей. Вытаскивала их с помощью иголки, пинцета, постоянно мылась.

* Три года назад вновь обратилась к психиатру, так как видела повсюду микробов «палочек, колечек», из-за зуда почти не спала, настроение было снижено.

* Год назад на приеме у психиатра отмечала наличие микробов на всем теле, во внутренних органах и в голове. Считала, что заразила весь организм, постоянно терла себя мочалкой, выдергивала волосы на голове, считая и их зараженными; была уверена, что заразила дома все вещи, еду, отказывалась от пищи и лекарств.

* Направлена на консультацию психиатром ПНД.

Анамнез жизни

* Наследственность психопатологически не отягощена

* В течение жизни работала маляром на стройке

* К психиатру впервые обратилась в возрасте 59 лет

* Замужем не была

* На пенсии по возрасту

* Проживает одна

Объективный статус

***Психический статус*:** Правильно ориентирована в месте, времени и в собственной личности. Верно называет год, день недели, затрудняется назвать текущее число. Сообщает, что недавно находилась в психиатрической больнице. Выглядит значительно старше своего возраста. На вопросы отвечает в целом по существу. Жалуется на многочисленных «микробов» и «стекляшек» на теле и в пище, которые замучили ее. Сообщает, что чувствует «микробов» живущих под кожей, а также в животе. Говорит, что из-за «микробов» не может есть, так как видит их в пище. Сообщает, что от «микробов» ей помогает мазь «клотримазол», а также их становится меньше после лечения в психиатрической больнице. Настроение снижено. Мышление конкретное, обстоятельное, ригидное. Интеллектуальные функции снижены, отмечаются нарушения памяти с затруднениями воспроизведения. Критика к своему состоянию нарушена.

Диагностика данного расстройства должна основываться, в первую очередь, на данных + _____ + исследования

- экспериментально-психологического
- нейрофизиологического
- клинико-лабораторного
- инструментального

Пациенту в рамках обследования необходимо назначить консультацию

- эндокринолога
- дерматолога
- офтальмолога
- терапевта

Для выявления нарушений памяти при экспериментально-психологическом исследовании используются методики

- отсчитывание, черно-белые и цветные таблицы Шульте, счет по Крепелину, корректурная проба Бурдона
- исключение предметов, исключение понятий, сравнение понятий, метод обратного счета

- ответные ассоциации, свободные ассоциации, тематические ассоциации, метод обратного счета
- узнавание предметов, запоминание десяти слов, опосредованное запоминание по Леонтьеву, пиктограмма, запоминание коротких рассказов

У пациентки можно предположить диагноз

- отсчитывание, черно-белые и цветные таблицы Шульце, счет по Крепелину, корректурная проба Бурдона
- исключение предметов, исключение понятий, сравнение понятий, метод обратного счета
- ответные ассоциации, свободные ассоциации, тематические ассоциации, метод обратного счета
- узнавание предметов, запоминание десяти слов, опосредованное запоминание по Леонтьеву, пиктограмма, запоминание коротких рассказов

Диагноз

Органический галлюциноз (тактильный)

Органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство

Бредовое расстройство

Делирий, не обусловленный алкоголем и другими психоактивными веществами

Ведущим синдромом в клинической картине является

- паранойяльный синдром
- параноидный синдром
- галлюциноз общего чувства
- галлюцинаторно-параноидный синдром

Ослабление памяти, расстройства внимания, трудности сосредоточения, эмоциональная лабильность являются проявлениями _____ синдрома

- депрессивного
- ипохондрического

- астенического
- амнестического

У пациента имеет место + _____ + вариант психоорганического синдрома

- апатический
- астенический
- эйфорический
- эксплозивный

Для коррекции галлюцинаторных расстройств используются + _____ + препараты

- антипсихотические
- нормотимические
- нейрометаболические
- антидепрессивные

Антипсихотические препараты не оказывают + _____ + действия

- седативного
- анксиолитического
- антидепрессивного
- ноотропного

Препарат рисперидон согласно классификации относится к производным

- тиоксантена
- бутирофенона
- индола
- фенотиазина

Показатель заболеваемости на 100 000 населения органическими психозами в России составляет

- 657,5
- 989.1
- 150,3
- 312,4

Прогноз расстройства в данном случае можно оценить как

- 657,5
- 989.1

- 150,3
- 312,4

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 75 лет обратилась за помощью к психиатру геронтопсихиатрического отделения.

Жалобы

- * головные боли в затылочной и лобной области, головокружения, метеочувствительность
- * повышение артериального давления
- * снижение слуха, особенно слева, шум в ушах и голове
- * «голоса» мужские и женские в правом ухе, возникающие на фоне шума в левом ухе
- * трудности засыпания, связанные с усилением «голосов» в вечернее и ночное время
- * эмоциональная лабильность, плаксивость, тревожность, связанные с появлением голосов, страх «сойти с ума»
- * расстройства внимания, трудности сосредоточения, забывчивость

Анамнез заболевания

- * Более 10 лет отмечает головокружения, подъемы артериального давления, головные боли. Наблюдается у терапевта и невролога с диагнозами: Гипертоническая болезнь. Дисциркуляторная энцефалопатия 2-3 ст.
- * Более 5 лет отмечает снижение слуха, особенно слева, шум и треск в ушах.
- * Год назад впервые услышала на фоне шума в левом ухе и в голове неразборчивый мужской голос в правом ухе «как диктор говорит на телевидение». В дальнейшем, к мужскому голосу присоединился женский.
- * Проверяла источник голосов, закрывала уши, прислушивалась к разговорам соседей через стену, подходила к окну, выясняла, кто разговаривает на улице.

* Голоса возникали эпизодически, на фоне головных болей, шума в голове и в левом ухе, усиливались в вечернее и ночное время.

* Испытывала тревогу и страх, боялась, что «сошла с ума».

* В последнее время отмечаются расстройства внимания, трудности сосредоточения, забывчивость.

* Находится на пенсии по возрасту. Проживает одна. Полностью себя обслуживает. Социальная, бытовая, индивидуальная адаптация сохранены.

* Направлена на консультацию к психиатру неврологом после предъявления жалоб на голоса.

* Госпитализирована в геронтопсихиатрическое отделение. Получала ноотропы, ангиопротекторы, витамины, нейротрофические, общеукрепляющие препараты с положительным эффектом.

Анамнез жизни

* Наследственность психопатологически не отягощена

* В течение жизни работала инженером на заводе

* К психиатрам ранее не обращалась

* Замужем не была

* На пенсии по возрасту

* Проживает одна

Объективный статус

Психический статус: Сознание ясное. Ориентирована полностью в месте, времени, собственной личности. Жалуется на головные боли, чувство тяжести в области лба, головокружения, шум и свист в левом ухе, снижение слуха слева. Быстро истощается в процессе беседы. Вопросы переспрашивает из-за снижения слуха, отвечает по существу. Настроение снижено, тревожна, ипохондрична, плаксива. Переживает по поводу «голосов», которые слышала ранее. Фиксирована на этом. Боится, что «сошла с ума». Обстоятельна. Склонна к детализации. Отмечаются трудности сосредоточения, расстройства внимания. Память несколько снижена на прошлые и текущие события. Обманы восприятия

отрицает, поведением не обнаруживает. Бредовых идей не высказывает.
Критична к своему состоянию.

Диагностика данного расстройства должна основываться, в первую очередь, на данных + _____ + исследования

- клинико-лабораторного
- инструментального
- нейрофизиологического
- экспериментально-психологического

Пациенту в рамках обследования необходимо назначить консультацию

- терапевта
- офтальмолога
- эндокринолога
- отоларинголога

Для выявления нарушений памяти при экспериментально-психологическом исследовании используются методики

- ответные ассоциации, свободные ассоциации, тематические ассоциации
- узнавание предметов, запоминание десяти слов, опосредованное запоминание, пиктограмма
- исключение предметов, исключение понятий, сравнение понятий
- отсчитывание, черно-белые и цветные таблицы Шульте, счет по Крепелину, корректурная проба Бурдона

У пациентки можно предположить диагноз

- ответные ассоциации, свободные ассоциации, тематические ассоциации
- узнавание предметов, запоминание десяти слов, опосредованное запоминание, пиктограмма
- исключение предметов, исключение понятий, сравнение понятий
- отсчитывание, черно-белые и цветные таблицы Шульте, счет по Крепелину, корректурная проба Бурдона

Диагноз

Органический галлюциноз (слуховой)

Органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство

Ипохондрическое расстройство

Делирий, не обусловленный алкоголем и другими психоактивными веществами

Ведущим синдромом в клинической картине является

- паранойяльный синдром
- галлюцинаторно-параноидный синдром
- параноидный синдром
- вербальный галлюциноз

Ослабление памяти, расстройства внимания, трудности сосредоточения, эмоциональная лабильность являются проявлениями _____ синдрома

- амнестического
- депрессивного
- ипохондрического
- астенического

У пациента имеет место + _____ + вариант психоорганического синдрома

- эксплозивный
- эйфорический
- апатический
- астенический

Для коррекции галлюцинаторных расстройств используются + _____ + препараты

- антидепрессивные
- антипсихотические
- нейрометаболические
- нормотимические

Антипсихотические препараты не оказывают _____ действия

- седативного
- антидепрессивного
- анксиолитического
- ноотропного

Препарат рисперидон согласно классификации относится к группе антипсихотических препаратов

- производных индола
- корректоров нарушений мозгового кровообращения
- нейропептидов и их аналогов
- общетонизирующих средств и адаптогенов

Показатель заболеваемости на 100 000 населения органическими психозами в России составляет

- 312,4
- 989,1
- 150,3
- 627,5

Прогноз расстройства в данном случае можно оценить как

- 312,4
- 989,1
- 150,3
- 627,5

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 47 лет. Обратился самостоятельно и был направлен на лечение в дневной стационар.

Жалобы

Слабость, общая разбитость, "ощущение общей тяжести психической и физической", плохое настроение, раздражительность, снижение работоспособности, нарушения сна с трудностью засыпания и частыми пробуждениями.

Анамнез заболевания

Наследственность психопатологически не отягощена. В преморбиде – синтонная, активная личность. Начало заболевания в 24 года в виде "зарниц" – рудиментарные психотические явления с нарушениями мышления. Манифест заболевания в 26 лет затяжным приступом аффективно-бредовой структуры: на фоне повышенного настроения бред преследования с идеями подготовки к высокой миссии с инверсией аффекта и одновременным существованием разноплановых тем (преследования и благожелательного отношения). Лечился

стационарно – галоперидол (дозы не помнит). Поддерживающую терапию принимал непродолжительное время, ПНД не посещал. Второй приступ в 30 лет с преобладание бредовых идей физического воздействия: неизвестные лица с помощью специальной аппаратуры воздействуют на голову. Кроме того, обвинял родных в попытке отравления, устраивал скандалы, угрожал расправой. По инициативе родственников повторно госпитализирован. Лечения не помнит. Неохотно посещал ПНД. В течении последних 15 лет аккуратно лечился только в дневном стационаре, куда поступал ежегодно с жалобами на слабость, вялость, нежелание что-либо делать, трудности сосредоточения, невозможность выполнять привычный объем работы на производстве. Психический статус определялся как астено-депрессивный, хотя и отмечалась возможность диссимуляции. Обращали на себя внимание формальность контакта, уклончивые ответы, неадекватная улыбка, беспечность, несобранность. Лечили больного, как правило, антидепрессантами седативного и стимулирующего действия с небольшими дозами нейролептиков. Длительно находился на больничном листе. Была оформлена 3 группа инвалидности. Настоящее поступление в дневной стационар 16-е по счету.

Анамнез жизни

Образование высшее техническое. Успешно закончил МАТИ. Работал инженером-технологом с профессиональным ростом. В 30 лет в связи со снижением продуктивности был переведен сначала на должность инженера, а затем – слесаря. С работой справляется. С коллегами поддерживает формально-хорошие отношения. Живет один. Обслуживает себя "недостаточно хорошо". Охотно принимает помощь сестры, живущей отдельно.

Объективный статус

Угрюм, заторможен, гипомимичен. Движения угловатые, замедленные. Немногословен, ответы лаконичные, односложные. Подозрительно и настороженно смотрит на врача, при ответах отводит взгляд в сторону. В начале беседы высказывает жалобы астено-депрессивного характера. Но постепенно стал откровеннее и рассказал следующее. В течение многих лет (с 26 лет) "не принадлежит себе", "и днем и ночью находится под постоянным наблюдением нескольких групп лиц секретной службы", прекрасно оснащенных специальной аппаратурой с электромагнитными волнами, наблюдающих через космос на весь мир. Эти группы оказывают положительное влияние на детей и тотально психологически обрабатывают все население земли, готовя тех и других в будущем сделать "агентами-осведомителями". Каждую группу возглавляет "Ведущий", решающий когда и как производить обработку конкретного человека, которого помещают в определенное электромагнитное поле. С помощью аппаратуры Ведущий действует на мысли (вызывает пустоту или наплывы, вкладывает чужие мысли, делает сновидения и настроение, создают

различные эмоции и т.п.), осуществляет движения и действия – иногда помимо своей воли произносит слова и фразы ("как будто мой язык говорит сам"). Отмечает, что в последние годы интенсивность воздействия несколько снизилась, но остается ощущение постоянного наблюдения ("нет чувства, что я свободен"). Везде находится прослушивающая аппаратура. Считает, что медперсонал и некоторые пациенты в дневном стационаре сотрудничает с этими службами, в последние годы это в основном коллеги. "Когда им надо начать интенсивную обработку окружающих, они с помощью сотрудников предлагают мне полечиться. Иногда говорят об этом прямо, иногда намеками или жестами. И я всегда выполняю их совет и иду в диспансер". В последние годы чаще появляются неприятные или болевые ощущения, "недавно сделали на ладонях мозоли". Часто действуют через знакомых и родных, вызывая их поступками раздражение, которое если не удастся пересилить, то возникает слабость, усталость, нарушается сон, снижается настроение и т.д. Психически больным себя не считает. Критика отсутствует полностью. Абсолютно уверен в реальности своих переживаний. Лечение у психиатра связывает со своим соматическим неблагополучием.

После выписки из дневного стационара целесообразно назначение поддерживающей противорецидивной терапии в виде назначения

- больших доз транквилизаторов
- антидепрессантов
- анксиолитиков небензодиазепинового ряда
- депонированной формы препаратов

Пациенту можно поставить диагноз

- больших доз транквилизаторов
- антидепрессантов
- анксиолитиков небензодиазепинового ряда
- депонированной формы препаратов

Диагноз

Шизофрения параноидная

Недифференцированная шизофрения

Резидуальная шизофрения

Сенестопатическая шизофрения

Состояние пациента определяется

- инвертированным вариантом синдрома Кандинского-Клерамбо
- синдромом Кандинского-Клерамбо, бредовым вариантом
- астеническим синдромом
- ипохондрическим синдромом

Симптоматику, развившуюся в 24 года, можно отнести к

- преморбидным особенностям личности
- началу обострения
- депрессивному состоянию
- продромальным явлениям

Используя пятые знаки цифрового кода МКБ-10, тип течения можно квалифицировать, как

- F20.X0 непрерывное течение
- F20.X1 эпизодический с нарастающим дефектом
- F20.X3 эпизодический ремитирующий
- F20.X2 эпизодический с стабильным дефектом

Фармакотерапию данного пациента следует начать с назначения

- больших доз транквилизаторов
- антипсихотиков
- нейрометаболических стимуляторов
- антидепрессантов

При назначении амисульприда следует контролировать уровень

- холестерина
- гемоглобина
- глюкозы крови
- пролактина

На данном этапе заболевания рекомендуется использование психосоциальной терапии и реабилитации в виде

- психообразовательного модуля
- психодинамической психотерапии
- поведенческой психотерапии

- трудотерапии

При первичном осмотре пациента осуществляется

- направление в лечебно-трудовые мастерские, назначение фармакотерапии и психосоциального лечения
- направление пациента на МСЭК, назначение фармакотерапии и психосоциального лечения
- решение жилищных вопросов, назначение фармакотерапии и психосоциального лечения
- комплексная диагностика, выработка плана лечения, назначение фармакотерапии и психосоциального лечения

Первичный осмотр пациента осуществляется

- врачом лечебно-трудовых мастерских
- полипрофессиональной бригадой
- социальным работником
- трудинструктором

К антипсихотикам, редуцирующим уровень пролактина, относится

- арипипразол
- клозапин
- галоперидол
- рисперидон

В течение первых 3 суток после помещения в дневной стационар осмотр и беседу с пациентом с записью в истории болезни проводят

- арипипразол
- клозапин
- галоперидол
- рисперидон

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На стационарном лечении в психиатрической больнице находится женщина 57 лет.

Жалобы

* подавленность настроения, тоскливость

* снижение интереса к окружающему

* повышенная утомляемость

* нарушение сна

* снижение аппетита

Анамнез заболевания

* Впервые отмечает изменение психического состояния год назад, когда снизилось настроение, появились подавленность, повышенная усталость, уменьшение концентрации внимания.

* Проходила стационарное лечение 11 месяцев назад, после выписки отмечала улучшение настроения, активность, справлялась с работой и домашними делами.

* Несмотря на регулярный прием лекарств, 2 месяца назад стала отмечать снижение настроения, тоскливость, стала больше уставать. Заметила ухудшение памяти, было сложно сосредоточиться на работе.

* В связи с изменением состояния вновь обратилась в больницу, была госпитализирована.

Анамнез жизни

* Наследственность психическими заболеваниями неотягощена.

* В раннем детстве в развитии от сверстников не отставала, вовремя начала ходить и говорить.

* Посещала ДДУ, в школе успевала по всем предметам на «хорошо» и «отлично».

* Образование высшее по специальности юриспруденция, работала по специальности с 23 лет.

* Вышла замуж в возрасте 25 лет, имеет 2 детей.

* Проживает в отдельной квартире с семьей.

* Уволилась с работы месяц назад, перестала справляться с должностными обязанностями.

* В настоящее время занимается домашним хозяйством.

* Муж характеризует пациентку как хорошего, теплого человека, временами раздражительного. Отмечает, что в последнее время у жены пропал интерес к окружающему и «блеск в глазах».

* Сопутствующие заболевания: G40.2 Локализованная (фокальная/парциальная) симптоматическая эпилепсия и эпилептические синдромы с комплексными парциальными судорожными припадками. Диагноз установлен в возрасте 8 лет, частота приступов доходила до 7 в месяц. В последний год припадков на фоне лечения (вальпроевая кислота) не отмечалось, однако сохранения изменения на ЭЭГ. Принимает противоэпилептическую терапию регулярно.

* Вредных привычек не имеет, травм головы не было.

Объективный статус

* Психический статус: * ориентирована в себе и окружающем пространстве верно. Пребыванием в стационаре не тяготится, терапию переносит хорошо. К общению с другими пациентами не стремится, жалеет, что нельзя уединиться. В отделении читает, но без интереса, от скуки. Внешне опрятна. Мимика скудная, выражение лица грустное, зрительный контакт не поддерживает. Сидит в однообразной позе. Движения и речь замедленные, голос тихий, без интонации. Дистанцию удерживает, ответы в плане заданного, по существу. Настроение снижено. Мышление обстоятельное. Внимание рассеянное. Память без грубых нарушений. Интеллект сохранен. Обманы восприятия, бредовые переживания не обнаруживает, суицидальные мысли отрицает. Отмечает сонливость днем, ночной сон с ранними пробуждениями. Аппетит сниженный. Соматоневрологическое состояние удовлетворительное.

Учитывая наличие у пациентки эпилепсии в анамнезе, обязательным инструментальным исследованием является

- арипипразол
- клозапин
- галоперидол
- рисперидон

Результаты обследования

Электроэнцефалография

Выявлены нарушения ЭЭГ пароксизмального характера с включением

ирритативных компонентов, свидетельствующие о дисфункции и раздражении стволово-диэнцефальных структур и вовлечении височных структур, больше справа. Признаки повышенной судорожной готовности головного мозга.

Цветовое дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий

Гемодинамически значимых изменений не выявлено.

Магнитно-резонансная томография головного мозга

При МРТ-исследовании головного мозга патологических изменений не выявлено.

Спиральная компьютерная томография головного мозга

При СКТ головного мозга во всех отделах головного мозга каких-либо очаговых изменений не определяется, денситометрические показатели в пределах нормы. Ликворная система желудочков не расширена. Турецкое седло без патологических изменений, гипофиз в размерах не увеличен, структура его не изменена. Структурных изменений в костях свода и основания черепа не выявлено.

На первый план у больной выступают расстройства + _____ + характера

- аффективного
- поведенческого
- психотического
- пароксизмального

У пациентки можно предположить диагноз

- аффективного
- поведенческого
- психотического
- пароксизмального

Диагноз

F06.3 Органические расстройства настроения (аффективные)

F32.1 Депрессивный эпизод средней степени

F60.3 Эмоционально неустойчивое расстройство личности

F07.0 Расстройство личности органической этиологии

Психическое расстройство в данном случае обусловлено преимущественно поражением + _____ + доли головного мозга

- островковой
- затылочной
- лобной
- височной

Основной группой препаратов для лечения органического аффективного расстройства являются

- антиконвульсанты
- антидепрессанты
- нормотимики
- нейролептики

К противозепилептическим средствам, способным индуцировать симптомы депрессии, НЕ относится

- вигабатрин
- примидон
- фенобарбитал
- ламотриджин

К группе антидепрессантов, показанных при эпилепсии, относят

- трициклические препараты
- ингибиторы MAO
- СИОЗС
- тетрациклические препараты

Главную роль в развитии депрессии у лиц с органическим поражением головного мозга (в частности, с эпилепсией) играют

- ятрогенные факторы
- экзогенные токсические вещества, травмы головы
- нейробиологические механизмы
- реактивные состояния

Основное фармакокинетическое взаимодействие между противозепилептическими препаратами и антидепрессантами осуществляются в + _____ +, поэтому необходимо контролировать + _____ + в процессе терапии

- поджелудочной железе и тонком кишечнике; амилазу, эластазу и общий анализ кала
- клубочках и канальцах почек; почечный клиренс и уровень креатинина, мочевины
- системе печеночных ферментов; функции печени
- системном кровотоке; показатели красной крови

При сочетании депрессии с эпилепсией суицидальный риск

- выше, чем в общей популяции
- не отличается от общей популяции
- ниже, чем в общей популяции
- отсутствует

Классическая триада при депрессии включает в себя

- гипотимию, дисфорию, дисмнезию
- гипобулию, гипокинезию, гипотимию
- гипотимию, гипокинезию, брадифрению
- гипотимию, апатию, брадифрению

К соматическим расстройствам при депрессии относятся

- гипотимию, дисфорию, дисмнезию
- гипобулию, гипокинезию, гипотимию
- гипотимию, гипокинезию, брадифрению
- гипотимию, апатию, брадифрению

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 54 лет находится на лечении в психиатрическом стационаре.

Жалобы

- * головная боль в затылочной, лобной, височной области
- * головокружения
- * ощущение спазма в грудной клетке при дыхании
- * одышка смешанного характера
- * потливость

* эмоциональная несдержанность

* плаксивость

* повышенная утомляемость

Анамнез заболевания

* Считает себя больной с 50 лет, когда произошло ДТП (сбита автомобилем). Получила травмы левой ноги, руки, ушиб головного мозга (15 минут после травмы находилась без сознания).

* Стали беспокоить выраженные головные боли в лобно-височно-затылочных областях, головокружения, запоры, повышенное потоотделение.

* Изменилось настроение (стала вспыльчивой, слезливой, несдержанной), ухудшилась память и когнитивные способности. Отмечались повышенная утомляемость, сонливость в дневное время.

* Закончив стационарное лечение после аварии, продолжала терапию в частной клинике у невролога с непродолжительным эффектом, была вынуждена повторять курсы подобной терапии каждые 3 месяца.

* За четыре года, прошедших с момента ДТП, состояние без выраженной динамики.

Анамнез жизни

* Наследственность психическими заболеваниями не отягощена

* В раннем детстве в развитии от сверстников не отставала, вовремя начала ходить и говорить

* Образование среднее, окончила школу с отличием

* Вышла замуж в 17 лет, вела домашнее хозяйство, не работала

* Не могла забеременеть, в связи с чем консультировалась в больницах своего города, проходила лечение, которое эффекта не дало

* Из-за бесплодия пациентки в возрасте 37 лет был развод с мужем

* Проживает в родительском доме, в деревне, помогает по хозяйству,

неофициально устроилась продавцом в местный магазин

* После ДТП (четыре года назад) перестала справляться с работой продавца, уволилась

* Мать характеризует пациентку как доброго, заботливого человека. Отмечает, что после автомобильной аварии больная стала взрывчатой, плаксивой, раздражительной, появились резкие смены настроения

* ЗЧМТ в возрасте 50 лет, вредные привычки отрицает

Объективный статус

* Психический статус: * ориентирована в месте, времени, собственной личности правильно. Пребыванием в стационаре не тяготится, терапию переносит хорошо. Много времени проводит в палате, залеживается в постели. Внешне опрятна. Мимика живая, зрительный контакт выдерживает. Беседует охотно, ответы не всегда в плане заданного. Речь с паузами. Фиксирована на теме нездоровья, ипохондрична. Настроение несколько снижено, эмоционально лабильна. Мышление обстоятельное, конкретное. Внимание рассеянное. Память снижена, интеллект без грубых нарушений. Обманы восприятия, бредовые переживания не обнаруживает, суицидальные мысли отрицает. Критика к состоянию присутствует. Сон, аппетит достаточные. Соматоневрологическое состояние стабильное.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- гипотимию, дисфорию, дисмнезию
- гипобулию, гипокинезию, гипотимию
- гипотимию, гипокинезию, брадифрению
- гипотимию, апатию, брадифрению

Результаты обследования

Общий анализ крови

[cols=" ,^,^",options="header"]

|====

^a | *Наименование* a | *Нормы* a | *Результат*

a | Гемоглобин a | 130,0 - 160,0 г/л a | 145,0

a | Гематокрит a | 35,0 - 47,0 % a | 42,1

a | Лейкоциты a | 4,00 - 9,00x10⁹/л a | 7,7

a | Эритроциты a | 4,00 - 5,70x10¹²/л a | 4,87

a | Тромбоциты a | 150,0 - 320,0x10⁹/л a | 268,0

a | Лимфоциты a | 17,0 - 48,0 % a | 32,0

a | Моноциты a | 2,0 - 10,0 % a | 8,0

a | Нейтрофилы a | 48,00 - 78,00 % a | 54,0

a | MCV a | 80 – 100 fl a | 93

a | Эозинофилы a | 0,0 - 6,0 % a | 5,0

a | Базофилы a | 0,0 - 1,0 % a | 1,0

a | СОЭ a | 2 – 20 мм/час a | 9

|====

Общий анализ мочи

цвет: соломенно-желтый

прозрачность: полная

относительная плотность: 1020

pH: 6,0

белок: отрицательно

кетоновые тела: нет

эпителий: 0-1 в п/з

эритроциты: 0

лейкоциты: 1-2 в п/з

цилиндры: нет

Биохимический анализ крови (протромбин, билирубин, мочеви́на, сахар крови, трансаминазы)

[cols=" ,^,^",options="header"]

|====

^a| *Наименование* a| *Нормы* a| *Результат*

a| Белок общий a| 57,0-82,0 г/л a| 76,5

a| Глюкоза a| 4,1-5,9 ммоль/л a| 4,7

a| Креатинин a| 44-115 мкмоль/л a| 98

a| Билирубин общий a| 3,0-21,0 мкмоль/л a| 8,0

a| АСТ a| 0-34 ед/л a| 23

a| АЛТ a| 10-49 ед/л a| 15

a| ГГТ a| 10-79 ед/л a| 47

a| Мочевина a| 2,5–6,4 ммоль/л a| 4,2

a| ПТИ a| 75-125% a| 89

|====

Исследование крови на сифилис, ВИЧ

Серологические пробы на сифилис, ВИЧ отрицательные.

Общий анализ кала

Консистенция: плотная

Форма: оформленный

Цвет: коричневый

Запах: каловый, нерезкий

Слизь: отсутствует

Кровь: отсутствует

Остатки непереваренной пищи: нет

Мышечные волокна: отсутствует

Соединительная ткань: отсутствует

Исследование гормонов щитовидной железы

ТТГ – 1,2 мЕд/л (норма 0,4-4,0 мЕд/л)

Т4 (свободный) 15,4 пмоль/л (норма 10,8 - 22,0 пмоль/л)

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- гипотимию, дисфорию, дисмнезию
- гипобулию, гипокинезию, гипотимию
- гипотимию, гипокинезию, брадифрению
- гипотимию, апатию, брадифрению

Результаты обследования

ЭЭГ

Выявлены нарушения ЭЭГ, свидетельствующие о незначительном\й дисфункции и легком раздражении стволово-диэнцефальных структур. Признаки повышенной судорожной готовности головного мозга не выявлены. Косвенные признаки органического поражения головного мозга.

Эхо-ЭГ

Смещения М-Эхо нет. Признаки легкой внутричерепной гипертензии.

Рентгенография черепа

Патологии костей черепа не выявлено.

МРТ головного мозга

При МРТ-исследовании головного мозга патологических изменений не выявлено

СКТ головного мозга

При СКТ головного мозга во всех отделах головного мозга каких-либо очаговых изменений не определяется, денситометрические показатели в пределах

нормы. Ликворная система желудочков не расширена. Турецкое седло без патологических изменений, гипофиз в размерах не увеличен, структура его не изменена. Структурных изменений в костях свода и основания черепа не выявлено.

Цветовое дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий

Гемодинамически значимых изменений не выявлено.

Предположительным диагнозом может являться

- гипотимию, дисфорию, дисмнезию
- гипобулию, гипокинезию, гипотимию
- гипотимию, гипокинезию, брадифрению
- гипотимию, апатию, брадифрению

Диагноз

F06.6 Органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство

F45.2 Ипохондрическое расстройство

F45.3 Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы

F06.3 Органическое расстройство настроения (аффективное)

К дополнительным методам уточнения диагноза относятся

- экспериментально-психологическое исследование, РЭГ, КТ, МРТ головного мозга
- нейропсихологическое обследование, ангиография головного мозга с контрастированием, УЗИ почек и органов брюшной полости
- функциональные пробы, сфигмография, КТ с внутривенным болюсным контрастированием
- ПЭТ КТ головного мозга, исследование пролактина, УЗДГ сосудов шеи

Терапию органических психических расстройств (в частности, эмоционально лабильного) оптимально начинать с

- рациональной психотерапии
- психофармакотерапии
- электросудорожной терапии
- транскраниальной магнитной стимуляции

В схему терапии данной пациентке, учитывая жалобы и текущий психический статус, для достижения стойкого эффекта необходимо включить

- ноотропные препараты
- антиконвульсанты
- антидепрессанты
- нейролептики

При назначении ноотропных препаратов со стимулирующим действием больным органическими психическими расстройствами прежде всего следует опасаться

- возникновения судорожных пароксизмальных расстройств
- развития агранулоцитоза
- транзиторных явлений гиперстимуляции
- развития мигрени

Наиболее часто органические психические расстройства встречаются среди

- детей
- мужчин и лиц пожилого возраста
- женщин и лиц пожилого возраста
- молодых лиц и людей среднего возраста

Для диагноза «органическое психическое расстройство» наиболее характерными симптомами являются

- галлюцинаторно-бредовые переживания, астения
- когнитивные расстройства, нарушения внимания
- депрессивный аффект, эмоциональная лабильность
- фобические расстройства, нарушения памяти

Для выявления органических психических расстройств целесообразно проводить скрининг среди

- лиц молодого и среднего возраста
- детей, посещающих детские дошкольные заведения; рабочих с низким уровнем физической активности
- беременных женщин; женщин в климактерическом периоде
- пожилых лиц; работников, задействованных на вредных производствах

Показанием для госпитализации и стационарного лечения пациента с органическим психическим расстройством является

- обнубиляция (легкая степень оглушения)
- легкое когнитивное расстройство
- расстройство личности органической этиологии
- легкий депрессивный эпизод

Наиболее часто встречающейся причиной развития органического эмоционально лабильного расстройства личности являются

- обнубиляция (легкая степень оглушения)
- легкое когнитивное расстройство
- расстройство личности органической этиологии
- легкий депрессивный эпизод

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 18 лет.

Жалобы

На раздражительность, сложности концентрации.

Анамнез заболевания

Наследственность психопатологически не отягощена. Ранее консультировался у психиатра. С жалобами на рассеянность, трудности концентрации внимания, на уроках не удерживался, вставал и ходил. Из-за нарушения в поведении сменил 5 школ. Ранее за границей родители пациента обращались к психиатру, был установлен диагноз СДВГ и назначена терапия (атомоксетин, метилфенидат), которую не применял. 2 года назад пациент расстался с девушкой. После расставания было снижено настроение, испытывал апатию, стал отмечать отсутствие мыслей, либо резкие их наплывы. Появилась раздражительность, стал вспыльчивым, часто дрался, считая, что к нему пренебрежительно относятся одноклассники. Практически ни с кем не установил близких отношений, кроме одного одноклассника со схожими интересами. Наносил себе порезы на запястье "с целью облегчения состояния наплывов мыслей". Стал употреблять «снюс» до 10 раз в день, считал, что это помогало ему успокоиться, давала расслабляться, однако, прочитав о возможном вреде, единовременно прекратил прием спустя 2 месяца. В консультативное отделение обратился с целью диагностики состояния и лечения. Дал письменное информированное согласие на психиатрическое освидетельствование.

Соматоневрологически: нормального телосложения, кожные покровы без

видимых нарушений, обычной окраски. По внутренним органам без видимой патологии. Эпидемиологический анамнез не отягощен. Неврологически: зрачки равновеликие, реакция на свет симметричная. В позе Ромберга устойчив. Очаговой, менингеальной симптоматики не обнаруживается. Без очаговой и менингеальной симптоматики.

Заключение психолога: В методиках "Исключение предметов" и "Сравнение понятий" дает ответы с опорой на латентные и конкретные признаки: "самолет, гвоздь, вентилятор - железные, а пчела нет"; "катушка без ниток, пуговица без ниток, пряжка без ремня, а крючок лишний"; "бабочка и глобус - могут быть в разных состояниях, глобус может быть картой, а бабочка куколкой". Отмечаются индивидуально-значимые ответы: "утро и вечер, общее - я утром и вечером много думаю".

Анамнез жизни

* среди ближайших родственников никто к психиатрам не обращался

* не курит, употребляет «Снюс»

* раннее развитие, пубертатные период без особенностей

* учится в 11 классе общеобразовательной школы

Объективный статус

На приеме с отцом. Ориентирован полностью, контакту доступен. Одет небрежно, волосы растрепаны. Движения порывисты, неловки. Поначалу напряжен, смотрит из-подобья, затем начинает улыбаться, достаточно легко вступает в беседу. Сообщает, что причиной всех его проблем являются отношения с девушкой. Склонен к рассуждательству. Различает понятия "встречаться" и "быть в отношениях", мол, «отношения могут быть разными». Считает, что он «в отношениях», хотя, объективно, девушка с ним общение не поддерживает и даже избегает. Холодно, обнаженно и цинично говорит о подробностях их сексуальных контактов. Также холоден по отношению к родителям, считает, что они мешают ему почувствовать независимость, ограничивают в расходах, в то же время считает, что они должны его безусловно поддерживать, в том числе и финансово. Склонен давать расплывчатые ответы, структурируется с трудом. Сообщает, что ему мешают учиться и концентрироваться поток мыслей в голове, которые озвучены собственным голосом ("конечно, все мысли звучат!"), также имеет место внутренний диалог, которые ведут несколько «собственных голосов». Сообщает, что в прошлом имел место непродолжительный по времени (несколько дней) эпизод, когда казалось, что мысли были доступны

окружающим, поэтому старался не думать вообще. В настоящее время подобную симптоматику отрицает. Они носят комментирующий характер, императивные мысли или голоса отрицает. В подобные моменты описывает ощущение своеобразного зуда, проходящего по «внутренней поверхности черепа». Жалуется на общую разбитость, невозможность почувствовать себя «целым», кажется, что с ним что-то произошло окружающее воспринимается как-то отстраненно, словно «через пелену», или «не с ним». Настроение характеризует, как хорошее. Наличие тоски, подавленности, идей виновности за последние 2 недели отрицает. Сообщает, что почти каждый день думает о смысле жизни и смерти в «философском контексте», при этом, пришел к мысли, что лучше всего умереть от "передоза". При этом никак этим размышлениями не тяготится, отрицает как желание умереть, так и продумывание конкретного суицидального плана. Пациент оперирует психиатрической терминологией, не скрывает, что читал специальную литературу. Интересуется, шизофрения ли у него или пограничное расстройство личности.

Пациент и его отец интересуется диагнозом. В данном будет правильным поступить следующим образом

- в реабилитационных целях сообщить обоим, что у пациента пограничное расстройство личности
- сообщить отцу диагноз полностью, а пациенту – в общих чертах без психиатрической терминологии
- ни отцу, ни сыну сообщать психиатрический диагноз не следует
- сообщить диагноз пациенту, а отцу – только с согласия пациента

Отец просит предоставить полную выписку из истории болезни, в этом случае ее можно предоставить

- только по решению суда самому пациенту, его законному представителю или адвокату в рамках уголовного делопроизводства
- по письменному заявлению только самому пациенту или его законному представителю при наличии нотариальной доверенности
- в сокращенном варианте, без указания диагноза и со смягченными формулировками
- только в другое психиатрическое учреждение по письменному запросу на имя главного врача

При комиссионном осмотре на предмет установления для пациента диспансерного наблюдения может быть принято решение рекомендовать

- определение пациента в группу пациентов, нуждающихся в решении неотложных задач по социально-трудовой реабилитации

- продолжить наблюдение в психоневрологическом диспансере
- отложить решение данного вопроса до получения согласия пациента на диспансерное наблюдение
- определение пациента в группу активного диспансерного наблюдения

Лечение данного пациента может быть продолжено

- амбулаторно или в дневном стационаре психиатрического профиля
- в психотерапевтическом отделении психиатрического стационара
- полипрофессиональной бригадой в условиях психиатрического стационара закрытого типа
- врачом общей практики при регулярных консультациях психиатра

К негативным расстройствам у данного пациента следует отнести

- синдром Кандинского-Клерамбо
- гистриноформный синдром
- гебоидный синдром
- псевдоастенический синдром

В соответствие с критериями МКБ-10 больному следует установить диагноз

- синдром Кандинского-Клерамбо
- гистриноформный синдром
- гебоидный синдром
- псевдоастенический синдром

Диагноз

F21 Шизотипическое расстройство

F20.6 Простая шизофрения

F60.1 Шизоидное личностное расстройство

F84.5 Синдром Аспергера

У пациентки имеются соматоперцептивные проявления

- сенесталгии
- висцеральных галлюцинаций
- сенестопатии
- ипохондрического бреда

К особенностям синдромальной картины психического расстройства у данного пациента можно отнести

- парафренизацию бредовых переживаний
- полиморфность и незавершенность симптоматики
- нарастание негативных расстройств
- коморбидное психическое расстройство вследствие употребления психоактивного вещества

Настоящее состояние больного соответствует + _____ + синдрому

- параноидному
- паранояльному
- шизоаффективному
- парафреническому

При первичном обращении данного пациента предпочтительно начинать лечение

- антипсихотиками с более щадящим профилем переносимости (арипипразол, тиапридал) в сочетании с психосоциальной терапией
- комбинацией антидепрессантов и транквилизаторов с антипсихотиками первого поколения в малых дозах
- антиконвульсантами с нормотимическим действием с антипсихотиками первого поколения в малых дозах
- традиционными антипсихотиками с инцизивным или противобредовым действием (например, трифлуоперазин)

Основной задачей психофармакотерапии у данного пациента на первых этапах болезни является

- редукция метафизической интоксикации
- достижение полной редукции всех психопатологических расстройств
- редукция аффективных нарушений
- редукция агрессивного поведения

Психосоциальное лечение данного пациента может быть начато

- редукция метафизической интоксикации
- достижение полной редукции всех психопатологических расстройств
- редукция аффективных нарушений
- редукция агрессивного поведения

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная Д., 58 лет, поступила в психиатрическую больницу после совершения суицидальной попытки из реанимационного отделения городской больницы.

Жалобы

Жалобы на постоянные мигрирующие боли, слабость, вялость, нежелание жить.

Анамнез заболевания

В течение последнего года состоит на консультативном учете в психоневрологическом диспансере. Предыдущая (и первая) госпитализация была 9 месяцев назад. Психическое состояние ухудшилось год назад после смерти мужа. Со слов пациентки, муж болел в течение 3 лет. Пока ухаживала за ним, старалась «держать себя в руках и мужа не расстраивать». Но когда муж умер, примерно через 2 месяца после похорон психическое состояние резко ухудшилось – стала подавленной, плаксивой, ничего не радовало, обострились головные боли. Появились антивитальные переживания – стала задумываться о бессмысленности своей жизни, отсутствии перспектив в будущем. Вскоре нарушился сон, резко снизился аппетит. Самостоятельно обратилась к участковому терапевту и по его настоянию была госпитализирована в санаторное отделение. После проведенного лечения (сочетание антидепрессантов, транквилизаторов и общеукрепляющей терапии) с улучшением (сон, аппетит нормализовались, отмечала стабилизацию настроения), выписана домой. Однако примерно через месяц состояние вновь ухудшилось – продолжали беспокоить головные боли (мигрирующие, давящего характера). Приступы сопровождались тошнотой, слабостью и не снимались приемом обезболивающих и спазмолитических препаратов. Из-за этого не могла заниматься повседневными делами, снизилось настроение, стала крайне раздражительной и плаксивой. Обращалась к невропатологу, однако назначенный курс терапии не дал результата. Пациентка стала понимать, что «все безнадежно». Участились приступы стенокардии. Постоянно вынуждена была принимать большое количество лекарственных препаратов («от всех своих болезней»), от чего плохо себя чувствовала. Ночью (перед госпитализацией) проснулась в 3 часа утра от приступа сильной головной боли. Поняла, что «больше так не выдержит» и с суицидальной целью выпила клофелин (сколько таблеток не знает, примерно половину пузырька). Со слов пациентки заранее суицид не планировала, и взяла из аптечки то, что по ее мнению, могло быть летальным. Пациентку нашла соседка, которая пришла рано утром (у нее был ключ, так как пациентка была одинока, и после смерти мужа дала ключ соседке «на всякий случай»). Бригадой скорой медицинской помощи доставила пациентку в реанимационное отделение. После выхода из коматозного состояния пациентка была подавлена, плаксива, расстраивалась, что «не смогла

умереть». Была доставлена в психиатрическую больницу. Постсуицидальный период протекал долго. Определенные улучшения стали наблюдаться только через 1,5 месяца на фоне проводимой психофармакотерапии, купирующей как психические, так и соматические нарушения.

Анамнез жизни

Родилась 3-им ребенком в семье служащих. Наследственность: психических заболеваний и суицидов в семье не было. Сведений о беременности и родах не имеет. Ранее развитие без особенностей. Детский сад не посещала (с детьми сидела бабушка). В школу пошла с 7 лет. Училась хорошо. После окончания 8 класса поступила и успешно закончила педагогическое училище. После этого работала в школе учителем начальных классов. В настоящий момент пенсионерка. Вдова. Замужем с 29 лет. Брак оценивала как благополучный. Муж умер год назад вследствие онкологического заболевания печени. Детей нет (в возрасте 31 года пациентка перенесла воспалительное заболевание мочеполовой системы, после чего уже не могла иметь детей). Проживает одна. Из особенностей соматического статуса: страдает гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2 типа, желчекаменная болезнь (10 лет назад перенесла холицистэктомия), 3 года назад был микроинфаркт. В течение последних 1,5 лет пациентку беспокоят сильные головные боли, связанные с повышенным внутричерепным давлением.

Объективный статус

Соматический статус. Жалоб на слабость, головные боли. Кожные покровы чистые, бледные. Аллергии отрицает. Дыхание свободное. Живот мягкий, безболезненный.

Неврологический статус. Без особенностей. Жалоб нет. Пробы выполняет удовлетворительно, рефлексы симметричные. ЧМТ отрицает.

Психический статус.

Подавлена, выражение лица скорбное. Отмечает замедление мыслительных процессов. Жалобы на апатию, слабость, отсутствие сил чем-либо заниматься. Мышление последовательно. Галлюцинаторно-бредовую симптоматику отрицает.

Учитывая анамнез и статус больной, можно поставить диагноз

- редукция метафизической интоксикации
- достижение полной редукции всех психопатологических расстройств
- редукция аффективных нарушений
- редукция агрессивного поведения

Диагноз

Депрессивный эпизод

Шизофрения

Шизотипическое расстройство

Расстройство личности

Необходимым для постановки диагноза методом обследования является

- клинико-психопатологический
- экспериментально-психологический
- лабораторный
- эпидемиологический

Клинико-психологический тип суицида

- витальный
- ситуационный
- аффективный
- амбивалентный

При данном типе расстройств личности психотерапией первого выбора является

- гипнотерапия
- психодинамическая терапия
- экзистенциально-гуманистическая
- арт-терапия

Врач-психотерапевт поручит клиническому психологу в данном случае заниматься прежде всего

- семейным консультированием
- эриксоновским гипнозом
- танцевальной психотерапией
- психообразованием

Формой лечения при данном состоянии является

- дневной стационар

- стационарная
- амбулаторная
- однократная консультация

Тип постсуицидального периода

- критический
- фиксированный суицид
- манипулятивный
- аналитический

Уровень риска последующих суицидальных действий

- высокий
- низкий
- умеренный
- средний

Основная задача психотерапевтической интервенции

- анализ межличностных отношений
- анализ детских травм
- поиск новых личностных смыслов
- обучение техникам релаксации

Цель психотерапии в отдаленном постсуицидальном периоде - это

- улучшение качества жизни
- выработка новых эффективных антисуицидальных факторов
- улучшение межличностных взаимодействий
- углубление самопознания

Пациенты с суицидальным поведением, страдающие депрессивными расстройствами, составляют + ____ + %

- 5
- 30
- 10
- 80

Выберите одну из основных задач антикризисной терапии

- 5
- 30
- 10

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная С. 1989 года рождения.

Жалобы

Жалобы на подавленность, неуверенность в себе, сниженный фон настроения.

Анамнез заболевания

Ранее психиатрами не наблюдалась. Антивитальные переживания отрицает. Однако рассказывает о том, что в детстве, когда старший брат, к которому была очень привязана, подолгу отсутствовал, очень переживала за него. Тогда впервые подумала о том, что если с ним что-то случится, то и она дальше не сможет жить. Хотя степени суицидальных замыслов эти размышления не достигали.

В возрасте 13 лет лучшая подруга пациентки решила покончить с собой из-за несчастной любви и с суицидальной целью порезала себе вены, после чего в течение трёх дней находилась на стационарном лечении. Пациентка очень переживала за неё, боялась, что та умрёт, представляла подробности совершения подругой суицидальной попытки. Вечером, закрывшись в ванной, «просто, чтобы понять как это», ножом нанесла царапины на левое предплечье. Стало очень больно, резать руку перестала. Рассказывает, что ярко представляла собственные похороны, казалось очень романтичным, что две подружки умерли вместе.

Сообщает, что в течение последних двух лет играет в рок-группе, в лидера которой она влюблена. Однако о своих чувствах ему она никогда не сообщала, и надежды на взаимность не имела. За день до совершения суицидальной попытки этот молодой человек внезапно скончался, по неустановленной причине (либо передозировка наркотиков, либо суицид). Его смерть была неожиданной для пациентки. Внезапно решила, что «уйдет вместе с ним». В день совершения суицида не пошла в училище, написала предсмертную записку, где просила прощения у родителей и с суицидальной целью выпила 30 таблеток реланиума. Пациентку нашли родители, вызвали скорую помощь, была госпитализирована сначала в соматический, а затем в психиатрический стационар.

Анамнез жизни

Родилась в Москве вторым ребёнком из трёх. Со слов пациентки, у бабушки со

стороны матери была депрессия. Беременность матери протекала нормально, роды в срок, раннее развитие без особенностей соответствует возрастным нормам, посещала детский сад. В школу пошла с 7 лет. Училась хорошо, закончила 10 классов без троек. Обстановку в родительской семье описывает, как комфортную. Отец много работал, мало бывал дома. Мать тоже работала, поэтому пациентка была вынуждена много помогать ей по хозяйству. Мать описывает, как холодную, строгую, требовательную женщину. Пациентка тепло отзывается о старшем брате, с которым в детстве были тёплые отношения, была к нему очень привязана. Однако из-за большой разницы в возрасте с братом (9 лет) виделась с ним редко и постоянно скучала. В школе больше интересовалась литературой, много читала, в основном классическую, романтическую литературу. Окончила музыкальную школу. С людьми сходилась тяжело, так как была очень застенчива. Однако с первого класса и до сих пор сохраняет близкие эмоциональные отношения с единственной подругой. После окончания школы поступила в педологическое училище, где и учится до сих пор. Учёба нравится. Проживает с родителями. Вредных привычек нет. В течение последних двух лет увлекается популярным молодёжным направлением «эмо», разделяя их пессимистическую философию. Играет в рок-группе на синтезаторе.

Объективный статус

Соматический статус. Жалоб нет. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Аллергии отрицает. Дыхание свободное. Живот мягкий, безболезненный.

Неврологический статус. Без особенностей. Жалоб нет. Пробы выполняет удовлетворительно, рефлексы симметричные. ЧМТ отрицает.

Психический статус.

Входит неуверенно. Внешне подавлена, печальна. Жалобы на слабость, вялость. Мышление последовательно. Эмоции лабильны. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики не выявляет.

Учитывая анамнез и статус больной, можно поставить диагноз

- 5
- 30
- 10
- 80

Диагноз

Расстройство личности зависимого типа

Шизофрения

Шизотипическое расстройство

Органическое расстройство личности

Необходимыми для постановки диагноза методами обследования являются

- эпидемиологический
- клинико-психопатологический
- математико-статистический
- лабораторный

Клинико-психологический тип суицида

- витальный
- амбивалентный
- резонансный
- импульсивный

При данном типе расстройств личности психотерапией первого выбора является

- психодинамическая
- арт-терапия
- гипнотерапия
- экзистенциально-гуманистическая терапия

Врач-психотерапевт поручит клиническому психологу в данном случае заниматься прежде всего

- музыкотерапией
- танцевальной психотерапией
- психообразованием
- эриксоновским гипнозом

Возможная форма лечения при данном состоянии пациента

- однократное консультирование
- дневной стационар
- стационарная

- амбулаторная

У данной больной тип постсуицидального периода представлен

- аналитическим
- манипулятивным
- фиксированным суицидом
- критическим

Уровень риска последующих суицидальных действий у данной пациентки

- средний
- высокий
- низкий
- умеренный

Резонансный тип суицида тесно связан с синдромом

- Кандинского-Клкрамбо
- Шерешефского-Тернера
- Корсакова
- Вертера

Кто в большей степени влияет на процесс суицидогенеза

- наследственность
- биологические факторы
- гендерная принадлежность
- социальное окружение

Назовите специфику суицидальной попытки при демонстративно-шантажном суициде

- целью попытки является смерть
- попытка открытая
- попытка закрытая
- не удастся установить специфику попытки

Чаще всего суициду предшествует

- целью попытки является смерть
- попытка открытая
- попытка закрытая
- не удастся установить специфику попытки

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка, 35 лет на приеме у психотерапевта.

Жалобы

Жалобы на бесконтрольное переедание, «тягу» к сладкому, желание есть по ночам. Как следствие рост массы тела.

Анамнез заболевания

По словам пациентки «всегда страдала от лишнего веса». С подросткового возраста пыталась «бороться»: сидела на диетах, занималась спортом, но долгосрочного результата не было. Постоянно искала новые способы для снижения веса. Замечала, что особенно сильно аппетит появлялся после стрессовых ситуаций: конфликты, эмоциональные нагрузки.

Анамнез жизни

Семейный анамнез: папа страдал алкоголизмом. Мама была стройной, но очень переживала о том, что пациентка мало ест. Постоянно готовила высококалорийную еду и пыталась ее накормить.

Объективный статус

Соматический статус. Жалоб нет. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Аллергии отрицает. Дыхание свободное. Живот мягкий, безболезненный.

Неврологический статус. Без особенностей. Жалоб нет. Пробы выполняет удовлетворительно, рефлексы симметричные. ЧМТ отрицает.

Психический статус. Ориентирована в полном объеме. Настроение ровное. Мышление последовательно. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики не выявляет.

Учитывая анамнез и статус больной, можно поставить диагноз

- целью попытки является смерть
- попытка открытая
- попытка закрытая
- не удастся установить специфику попытки

Диагноз

Переедание, связанное с другими психологическими расстройствами

Шизофрения

Расстройство личности

Биполярное расстройство

Необходимым для постановки диагноза методом обследования является

- экспериментально-психологический
- физикальный
- клинико-психопатологический
- лабораторный

Вид оказываемой медицинской помощи

- амбулаторный
- однократная консультация
- стационарный
- дневной стационар

При данном типе расстройстве психотерапией первого выбора является

- экзистенциально-гуманистическая терапия
- танцевальная терапия
- арт-терапия
- когнитивно-поведенческая терапия

Врач-психотерапевт поручит клиническому психологу в данном случае заниматься прежде всего

- психоанализом
- психообразованием
- музыкотерапией
- танцевальной психотерапией

Подобных пациентов рекомендовано курировать совместно с

- терапевтом
- хирургом
- диетологом
- эндокринологом

Основной целью психотерапии психогенного переедания является

- улучшение межличностных взаимодействий
- опознавание травм рода
- улучшение социального статуса пациента
- выработка копинг-стратегий

Пациенту, страдающему ожирением, рекомендуется посетить

- генетика
- хирурга
- невропатолога
- эндокринолога

Основная задача психотерапевтической интервенции

- анализ травмы рода
- анализ межличностных отношений
- работа с напряжением в теле
- выработка мотивации на стройность

Причина сопротивления при проведении психотерапии - это

- наличие бессознательных выгод избыточного веса
- неспособность контролировать пищевое поведение
- критика близких
- страх перед нормальным весом

Рекомендуемая форма психотерапии в отдаленном терапевтическом периоде - это

- групповая
- индивидуальная
- коллективная
- семейная

В психиатрической практике среди амбулаторных больных распространенность данных личностных расстройств составляет около + ____ +%

- групповая
- индивидуальная
- коллективная
- семейная

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная Д., 28 лет, поступила в психиатрическую больницу после совершения суицидальной попытки.

Жалобы

Жалобы на постоянное чувство эмоционального напряжения, вызванное конфликтными отношениями с мужем.

Анамнез заболевания

Госпитализируется в стационар повторно. Предыдущая госпитализация (8 месяцев назад) также была связана с суицидальной попыткой. Со слов пациентки мысли о самоубийстве появились только в этом году. Ранее к суициду относилась критически. Однако вспоминает, что еще в подростковом возрасте, будучи на похоронах родственника, отличавшегося асоциальными формами поведения (алкоголизм, наркомания, судимости), подумала о том, что «так как он умер, то теперь его все любят, и все ему прощают». Кроме того, пациентка сообщает, что будучи ребенком и подростком иногда симулировала недомогание и болезни, чтобы отвлечь внимание от плохих отметок в школе. Однако она добавляет, что по ее мнению, так делают все дети, и ничего особенного в этом нет. Также интересно мнение пациентки относительно попытки суицида у родной тети - тетя пыталась отравиться, когда пациентке было 12 лет. Поводом был уход из семьи мужа. После суицидальной попытки муж вернулся, и они до сих пор живут в браке. Рассказывая это, пациентка заметила, что «тетя поступила правильно и смогла отстоять свое счастье». На замечание, что тетя могла умереть, пациентка улыбается и говорит о том, что «если все сделать правильно, то не умрешь». О суициде относительно себя не задумывалась до последнего года, когда стала подозревать мужа в измене. Прочитала в его телефоне сообщения, «доказывающие, что я права». Вызвала его на разговор (который сопровождался принятием спиртного), в ходе которого муж пригрозил, что уйдет, если она не прекратит его контролировать. Разговор протекал на повышенных тонах, а после этой фразы пациентка крикнула: «Лучше тогда я уйду!», побежала на кухню взяла нож и нанесла себе рану в области левого предплечья. Рана получилась не глубокая, однако муж сразу перевязал ее и вызвал бригаду скорой медицинской помощи, была госпитализирована в травматологическое отделение, после чего в психиатрическую больницу. К попытке была не критична, говорила, что «сорвалась», но «умирать не собиралась», знала, что окажут помощь. Важно, что муж после этого инцидента, со слов пациентки, резко изменился в поведении. Стал внимательным, чутко реагировал на изменения в ее настроении.

За месяц до совершения настоящей попытки отношения вновь ухудшились. Муж стал «отчужденным», а неделю назад заявил, что собирается на полгода уехать в другой город «на заработки», так как здесь у него «с работой стало очень плохо». Пациентка предложила, что поедет с ним, но он категорично отказался. Тогда она поняла, что это просто повод расстаться. В день совершения суицидальной попытки утром позвонила мужу на работу и сообщила, что собирается покончить с собой, так как жить без него она не сможет. Вычислила, что от его работы до дома добираться около часа. Также позвонила подруге и сказала о своих планах. После этого выпила пол пузырька но-шпы (узнала о таком способе из телевизионной передачи, в которой суицидентка, использовавшая такой способ, не умерла). Была уверена, что не умрет от такой дозы и что ее спасут. Когда приехал муж, пациентка оставалась в сознании, но чувствовала слабость и головокружение. Врачами скорой помощи было сделано промывание желудка, после чего была доставлена в психиатрическую больницу. К попытке относится не критично, утверждает, что «умереть не могла, так как все спланировала». На вопрос о возможном летальном или инвалидизирующем исходе улыбается и говорит, что «этого быть не может, так как таблетки не опасные». Рассчитывает, что ее поступок поможет сохранить отношения с любимым.

Анамнез жизни

Родилась 2-ым ребенком в семье служащих. Наследственность: психических заболеваний в семье не было, но у тети по линии отца имела место суицидальная попытка. Роды и беременность у матери протекали без особенностей. Обстановку в родительской семье оценивает как хорошую: «родители очень любили друг друга». Ранее развитие нормальное, посещала детский сад. В школу пошла с 7 лет, закончила 11 классов. Училась посредственно, особенно плохо давались точные науки. Однако росла очень живым, общительным ребенком, была лидером в коллективе, посещала разные кружки и секции (танцы, фотокружок, хор), но долго ничем не занималась, так как «становилось не интересно». После школы поступила в институт на экономический факультет, но через год учебу бросила, поняв, что «это не ее». Сменила несколько мест работы, так как все время что-то не устраивало: «то начальник тиранит, то зарплата маленькая, то требую то, что не положено». В настоящий момент работает продавцом в магазине. Работа нравится, так как «общаюсь с людьми». В 19 лет вышла замуж, однако в браке прожила только 6 месяцев, после чего развелась, так как «муж разочаровал и любовь закончилась». В последующем пыталась вступать в отношения с мужчинами, но дольше 6 месяцев отношения не длились и заканчивались всегда «по вине мужчин». В течение 3 лет проживает в гражданском браке. Детей нет.

Отношения с супругом оценивает как нестабильные, но «страстные» - «мы оба лидеры, а уступать никто не хочет», «но я его очень люблю».

Объективный статус

Соматический статус. Жалоб нет. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Аллергии отрицает. Дыхание свободное. Живот мягкий, безболезненный.

Неврологический статус. Без особенностей. Жалоб нет. Пробы выполняет удовлетворительно, рефлексы симметричные. ЧМТ отрицает.

Психический статус.

Входит уверенно. Одеты броско, на лице яркий макияж. Внешне возбуждена. Ориентирована в полном объеме. Отрицает желание умереть при суицидальной попытке. Мышление последовательно. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики не выявляет. Настроение ровное.

Учитывая анамнез и статус больной, можно поставить диагноз

- групповая
- индивидуальная
- коллективная
- семейная

Диагноз

Истерическое расстройство личности

Шизофрения

Шизотипическое расстройство

Биполярное расстройство

Необходимым для постановки диагноза методом обследования является

- эпидемиологический
- лабораторный
- экспериментально-психологический
- клиничко-психопатологический

Клиничко-психологический тип суицида

- ситуационный
- институциональный
- спонтанный
- амбивалентный

При данном типе суицидального поведения психотерапией первого выбора является

- психоанализ
- гипнотерапия
- экзистенциально-гуманистическая
- семейная

Врач-психотерапевт поручит клиническому психологу в данном случае заниматься прежде всего

- танцевальной психотерапией
- эриксоновским гипнозом
- психообразованием
- музыкотерапией

Возможная форма лечения при данном расстройстве

- стационарная
- однократная консультация
- дневной стационар
- амбулаторная

У пациентки представлен вид постсуицидального периода

- отрицание суицидальной попытки
- критический
- манипулятивный
- аналитический

Уровень риска последующих суицидальных действий

- низкий
- средний
- умеренный
- высокий

Какой вид психотерапии предпочтителен при манипулятивном типе постсуицидального поведения?

- анализ детских травм
- помощь пациенту в осознании неадаптивных установок поведения и налаживания эффективных межличностных взаимодействий
- работа с напряжением в теле
- анализ проблем рода

Эффективная психологическая помощь суицидальным пациентам должна включать

- улучшение социального статуса
- обучение саморегуляции
- постоянный мониторинг суицидального риска
- помощь в поиске личностных смыслов

Что относится к важной личностной характеристике суицидента (предиспозиционные суцидодогенные факторы)?

- сниженная толерантность к эмоциональным нагрузкам
- склонность к сверхценным идеям
- беспечность
- напряженность аффекта

Что относится к одному из общих принципов психотерапии суицидального поведения?

- сниженная толерантность к эмоциональным нагрузкам
- склонность к сверхценным идеям
- беспечность
- напряженность аффекта

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной Т. 1965 года рождения.

Жалобы

Жалобы на неустойчивый фон настроения, раздражительность, вспышки неконтролируемой агрессии.

Анамнез заболевания

Ранее психиатрами не наблюдался, антивитаальные переживания отрицает. К самоубийству относится критически. Со слов пациента, склонен к дракам, насилию.

В день совершения суицидальной попытки, с утра начал выпивать с друзьями, после чего вернулся домой и вступил в конфликт с братом. Брат был пьян, и выяснилось, что он украл пенсию матери и потратил её на спиртное, хотя эти деньги рассчитывали потратить на ремонт. Брат, по словам пациента, вёл себя крайне агрессивно, вызываясь, оскорблял его, кинул в пациента чашкой. В этот момент, больше не имея возможности сдерживаться, пациент схватил лежащую на столе отвёртку и бросился к брату. Из своей комнаты на крики выскочила мать и заслонила брата собой, после чего пациент нанёс себе множественные колотые ранения в оба бедра. Затем почувствовал, что злость прошла, отбросил отвёртку, перебинтовал ноги и вызвал скорую медицинскую помощь. Был госпитализирован в травматологическое отделение. Затем консультирован психиатром и госпитализирован в психиатрическую клинику.

Анамнез жизни

Родился в Москве первым ребёнком в многодетной семье (всего детей было 5). Отец пациента страдал алкоголизмом. Суициды у близких родственников отрицает. Сведения о беременности и родах не имеет. Ранее развитие без особенностей, соответствует возрастным нормам. Посещал детский сад. В школу пошёл с 7 лет. Учился посредственно. Больше времени и внимания уделял занятием спортом (бокс), где достиг определённых результатов (занимал призовые места в районных соревнованиях). Обстановку в родительской семье описывает, как некомфортную, так как отец пил, мать не работала – занималась детьми. Большую часть времени проводил на улице в асоциальных компаниях. Курить начал с 9 лет. Первая проба алкоголя в 12 лет. В подростковом возрасте эпизодически употреблял наркотические средства (курил марихуану), но бросил, так как «не понравилось». После окончания 9 классов поступил в профессиональное техническое училище, закончил по специальности газоэлектросварщик. Работал по специальности, но места работы менял часто, так как «сложно сходился с людьми». Служил в армии во внутренних войсках. Был женат, от брака имеет дочь 16 лет. В настоящий момент в разводе. Причину развода объясняет своим несдержанным характером - «когда психую, могу ударить, хотя сам потом переживаю». Также утверждает, что подобные вспышки ярости усиливаются на фоне приёма алкоголя. Проживает с матерью и двумя младшими братьями. Злоупотребляет алкоголем. Отношение с родственниками описывает, как напряжённые, так как «братья не работают, тратят деньги матери на алкоголь».

Объективный статус

Соматический статус. Жалоб нет. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Разные по времени нанесения шрамы по поверхности рук, ног, живота. Аллергии отрицает. Дыхание свободное. Живот мягкий, безболезненный.

Неврологический статус. Без особенностей. Жалоб нет. Пробы выполняет удовлетворительно, рефлексы симметричные. ЧМТ отрицает.

Психический статус.

Напряжен, ведет себя агрессивно. Протестует против нахождения в стационаре. Суицидальную попытку отрицает. Мышление торпидно. Эмоции неустойчивы. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики не выявляет.

Учитывая анамнез и статус больного, можно поставить диагноз

- сниженная толерантность к эмоциональным нагрузкам
- склонность к сверхценным идеям
- беспечность
- напряженность аффекта

Диагноз

Расстройство личности эмоционально-неустойчивого типа

Шизофрения

Шизотипическое расстройство

Биполярное расстройство

Необходимым для постановки диагноза методом обследования является

- математико-статистический
- клинико-психопатологический
- экспериментально-психологический
- лабораторный

Клинико-психологический тип суицида

- витальный
- маскированный
- аффективный
- амбивалентный

При данном типе суицидального поведения психотерапией первого выбора являются

- гипнотерапия, арт-терапия, групповая терапия, когнитивно-поведенческая терапия
- психоанализ, арт-терапия, групповая терапия, когнитивно-поведенческая терапия
- выработка навыков саморегуляции, нейролингвистическое программирование
- арт-терапия, групповая терапия, когнитивно-поведенческая терапия

Врач-психотерапевт поручит клиническому психологу в данном случае заниматься прежде всего

- психообразованием
- музыкотерапией
- психоанализом
- танцевальной психотерапией

Возможная форма лечения при данном состоянии пациента

- дневной стационар
- однократная консультация
- стационарная
- амбулаторная

У данного пациента представлен тип постсуицидального периода

- манипулятивный
- аналитический
- отрицание суицидальной попытки
- критический

Уровень риска последующих суицидальных действий

- средний
- высокий
- низкий
- умеренный

Одной из задач превенции суицидов является

- организация и проведение массовых мероприятий по профилактике самоубийств в населении
- анализ внутриличностного конфликта

- анализ детских травм, психотерапия, групповая терапия
- развитие навыков межличностного взаимодействия

Целью психотерапии в отдаленном постсуицидальном периоде является

- работа с ближайшим окружением
- формирование установки на ЗОЖ
- динамическое наблюдение и лечение суицидента по поводу психического заболевания (в случае его наличия)
- улучшение качества жизни пациента

Назовите черту личностной predisпозиции потенциального суицидента

- жизнерадостность
- импульсивность
- сдержанность
- мечтательность

Что относится к задаче антикризисной профилактики?

- жизнерадостность
- импульсивность
- сдержанность
- мечтательность

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная С., 47 лет. Поступила в психиатрическую больницу из НИИ СП им. Склифосовского после суицидальной попытки.

Жалобы

Ухудшение отмечается пациенткой в течение последних 3 месяцев. Стала чувствовать себя грустной и подавленной. Не могла заставить себя заниматься повседневными делами: «вроде и силы есть, а не хочу ничего делать, только лежать». Запустила домашнее хозяйство, стала реже убирать в квартире, еду сыну готовила «механически». Но больше всего беспокоило, что на работе стала рассеянной, не могла заставить себя выполнять свою работу и «испортила несколько отчетов». Сначала подумала, что возможно это от усталости, пыталась «активно отдыхать: «собирать грибы, работать на даче, гулять, к подруге в Подмоскowie съездила», но каждая подобная попытка давалась с трудом, так как «нужно было себя все время заставлять». В это же период начинает замечать симптомы менопаузы, что провоцирует размышления о

старости и одиночестве: «Сын уйдет, а мужа у меня нет». Стала часто просыпаться по ночам (в 4-5 часов утра) и «пока никто не мешает» размышлять о «своих перспективах». В результате пришла к выводу, что с работы ее скоро уволят, сын уже взрослый и у него своя жизнь, а ее ждет только медленное одинокое угасание и дряхление. Однажды, смотрела передачу об одной актрисе, которая умерла в 55 лет и подумала: «Повезло, и пожила достаточно, и умерла не старой». После этого стала размышлять о наиболее безболезненных способах самоубийства, хотя «всерьез к этому не относилась и «думала об этом на всякий случай».

Анамнез заболевания

Ранее психиатрами не наблюдалась. Однако суицидальные тенденции в поведении пациентки появились уже давно. В возрасте 19 лет, будучи старостой группы в техникуме, собрала с учащимися крупную сумму на совместный отдых, но деньги потеряла (впоследствии они нашлись – сумку с деньгами пациентка оставила в учреждении, где иногда подрабатывала по ночам). Обнаружив пропажу, «как во сне» вернулась домой и поняла, что не сможет признаться одноклассникам в том, что произошло. Первая мысль была бросить техникум, но потом поняла, что ее «все равно найдут и спросят, где деньги». Стало ясно, что единственный выход – это умереть. В аптечке нашла таблетки, которые мать принимала «от давления», примерно пол пузырька. Быстро их приняла, запив водой. Со слов пациентки страха не испытывала, так как «была словно в оцепенении после обнаружения пропажи денег». Примерно через полчаса после приема препаратов почувствовала сильное головокружение, вдруг осознала сильный страх смерти, побежала в ванну и вызвала у себя рвоту. Скорую помощь вызывать не стала, так как «с детства очень боялась врачей, да и таблетки все вышли». Однако после этого быстро уснула и проспала около 14 часов. Этот эпизод всегда оценивала критически, считала ребячеством и ранее о нем никому не рассказывала.

В последующем вспоминала о суицидальной попытке редко и суицидальных мыслей не отмечала. Однако в возрасте 31 года на фоне хронических конфликтных отношений с мужем, стала плаксивой и раздражительной. В этот период много ухаживала за часто болеющим ребенком, переживала из-за его «слабого» здоровья. Стала тревожной, в голову постоянно навязчиво «лезли мысли» о его (ребенка) смерти. Очень уставала, так много работала. Практически не могла есть, так как «кусочек в горло не лез». За период, который длился около полугода, похудела, на 12 кг. Однажды, будучи в гостях у родственницы, проживающей на 8 этаже, почувствовала себя плохо – стало жарко и нечем дышать. Пошла на балкон и, посмотрев вниз, «очень сильно захотела спрыгнуть, так как поняла, что несколько секунд и все кончится».

Испугавшись этого порыва, быстро вернулась в комнату, однако время от времени мысленно возвращалась к этому эпизоду, испытывала при этом «непонятное возбуждение». К подобным мыслям относилась критически. Постепенно здоровье сына улучшилось, отношения с мужем прекратились, и состояние нормализовалось «само собой».

В день совершения суицидальной попытки начальник на работе предупредил ее о возможном сокращении, посоветовал искать новую работу. Поняла, что начали сбываться ее худшие прогнозы. В это же день по дороге домой поскользнулась и упала, сильно разбив колено. Придя домой (сын гостил у друга), сначала долго плакала, потом «зачем-то выпила 100 граммов водки», хотя алкоголь употребляет крайне редко, а затем «на душе стало как-то легко и не страшно» - выпила около 30 таблеток донормила. Пациентку нашел сын, вернувшись утром. Так как она не просыпалась и тяжело дышала, он вызвал бригаду скорой медицинской помощи. Была госпитализирована в стационар, где были проведены реанимационные мероприятия. Так как пациентка продолжала оставаться крайне подавленной и некритичной к совершенному поступку, была переведена в психиатрическую больницу.

Анамнез жизни

Родилась 1-ым ребенком из четверых в семье рабочих. Наследственность: психических заболеваний и суицидов в семье не было. Отец злоупотреблял алкоголем. Сведений о беременности и родах не имеет. Ранее развитие без особенностей, посещала детский сад. * *В возрасте 4-5 лет испытывала ночные кошмары, сообщала об этом матери, но к врачам не обращались. После того, как пошла в школу, эти переживания редуцировались. В школу пошла с 7 лет. Училась хорошо, занималась в спортивной секции (легкая атлетика). Однако приходилось много времени посвящать семье – помогала матери выращивать младших детей, так как отец много работал. В целом обстановку в родительской семье оценивает как удовлетворительную, так как несмотря на пьянство отца, скандалов не было и «каждый занимался своим делом». Себя характеризует, как жизнерадостную, ответственную, немного не уверенную в себе. После 10 классов поступила в техникум, закончила с отличием по специальности бухгалтер. Сменила несколько мест работ (из-за того, что сын маленький часто болел). В настоящий момент работает бухгалтером в небольшой частной фирме. Замуж вышла в 26 лет, однако через 5 лет рассталась с мужем из-за его тяжелого характера. Есть сын 18 лет. Отношения с сыном хорошие.

Объективный статус

Соматический статус. Жалоб нет. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Аллергии отрицает. Дыхание свободное. Живот мягкий, безболезненный.

Неврологический статус. Без особенностей. Жалоб нет. Пробы выполняет удовлетворительно, рефлексы симметричные. ЧМТ отрицает.

Психический статус. На момент осмотра выражение лица печальное. Ориентирована в полном объеме. Подавлена и тревожна. Высказывает мысли о нежелании жить. Мышление последовательное. Настроение резко снижено. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики не выявляет.

Учитывая анамнез и статус больной, можно поставить диагноз

- жизнерадостность
- импульсивность
- сдержанность
- мечтательность

Диагноз

Депрессивный эпизод

Шизофрения

Шизотипическое расстройство

Расстройство личности

Необходимыми для постановки диагноза методами обследования являются

- лабораторный
- экспериментально-психологический
- эпидемиологический
- клинико-психопатологический

Клинико-психологический тип суицида

- витальный
- амбивалентный
- спонтанный
- ситуационный

При данном типе суицидального поведения психотерапией первого выбора является (-ются)

- суггестивные методы и методики самовнушения
- расстановки по Хеллингеру
- арт-терапия
- гештальт терапия

Врач-психотерапевт поручит клиническому психологу в данном случае заниматься прежде всего

- семейным консультированием
- танцевальной психотерапией
- психообразованием
- музыкотерапией

Возможная форма лечения при данном заболевании

- амбулаторная
- стационарная
- дневной стационар
- однократная консультация

У данной пациентки тип постсуицидального периода

- ситуационный
- критический
- фиксированный суицид
- аналитический

Уровень риска последующих суицидальных действий у данного пациента

- низкий
- умеренный
- средний
- высокий

Основная задача психотерапевтической интервенции

- анализ детских травм
- работа с межличностными отношениями
- обучение навыкам саморегуляции
- анализ внутриличностного конфликта

Цель психотерапии в отдаленном постсуицидальном периоде - это

- семейная терапия
- личностный рост

- улучшение социального статуса
- поддержание антисуицидального барьера личности

Пациенты с суицидальным поведением, страдающие аффективными расстройствами, составляют + _____ +%

- 50
- 5
- 26
- 10

Рекомендуемый вид психотерапии в отдаленном периоде

- 50
- 5
- 26
- 10

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная К., 1958 г.р.

Жалобы

Жалобы на постоянное ощущение тревоги, страха, неуверенности в себе.

Анамнез заболевания

Впервые суицидальную попытку совершает в новогоднюю ночь 1979 года. На тот момент К. проживала в общежитии. Планировала встречать Новый год вместе с семьей старшей сестры. Около 6 часов вечера внезапно в комнате перегорел свет. Так как подобное случалось и раньше, решила самостоятельно починить и в трансформаторной будке попыталась соединить два разорванных провода. В результате произошло короткое замыкание. Пациентка получила легкий удар током. Из-за замыкания обесточило все общежитие и несколько рядом стоящих домов. Вызванный электрик, который находился в нетрезвом состоянии, сообщил, что «теперь ее посадят в тюрьму». Дальше, со слов пациентки, действовала «как во сне». Возникло импульсивное желание: «как в детстве, захотелось куда-нибудь убежать». Подобно «озарению», смерть представилась единственным удовлетворительным выходом. Позвонила сестре и спросила, где хранятся снотворные таблетки (сестра медик), взяла их и выпила 2 упаковки родедорма. После этого возникли мысли, что «все кончилось», «теперь мне ничего не грозит». Страха смерти не было. Далее

очнулась у себя в комнате – приехала сестра и сделала промывание желудка. К попытке относилась критически, была рада, что осталась жива.

В 2001 году К. совершает вторую суицидальную попытку – на работе создалась конфликтная ситуация, в результате которой К. грозило увольнение. Заранее суицид не планировала, записки не оставляла, «мысль о смерти возникла внезапно, когда на глаза попались таблетки, подумала, что так будет проще». Очнулась в терапевтическом отделении стационара. К попытке относилась критически, так как «напугала детей», однако смерть рассматривала как удовлетворительный выход из сложившейся ситуации.

Анамнез жизни

Родилась в семье рабочих в сельской местности, вторым ребенком от второй беременности. Психических заболеваний, алкоголизма, суицидов в семье не отмечалось. Сведений относительно беременности и родов не имеет. Семья была полной, отношения в семье характеризует, как «хорошие». Семью описывает, как патриархальную: отец всегда принимал решения, строго следил за их выполнением. Однако, отмечает, что, несмотря на авторитарный стиль воспитания, отец был человеком справедливым, принципиальным. Мать по характеру была доброй, мягкой, зависимой от отца. В развитии от сверстников не отставала. Училась хорошо, имела широкий круг увлечений, занималась спортом. Себя характеризует доброй, застенчивой, не склонной к конфликтам: «лучше уступить, чем спорить», романтичной, доверчивой, старательной, пунктуальной. После окончания 10 классов поступила в механический техникум заочно, однако, не закончила по семейным обстоятельствам. Далее занималась низкоквалифицированным трудом, на момент обследования работала сторожем в Доме культуры. В 19 лет вышла замуж. Имеет 4 детей, дети здоровы.

Объективный статус

Соматический статус. Жалоб нет. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Татуировки, неглубокие, разные по времени нанесения шрамы по поверхности рук, ног, живота. Аллергии отрицает. Дыхание свободное. Живот мягкий, безболезненный.

Неврологический статус. Без особенностей. Жалоб нет. Пробы выполняет удовлетворительно, рефлексы симметричные. ЧМТ отрицает.

Психический статус. Внешне спокойна. Настроение снижено. Ориентирована в полном объеме. Мышление упорядочено. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики не выявляет.

Учитывая анамнез и статус больной, можно поставить диагноз

- 50
- 5
- 26
- 10

Диагноз

Тревожное расстройство личности

Шизофрения

Шизотипическое расстройство

Биполярное расстройство

Необходимым для постановки диагноза методом обследования является

- лабораторный
- эпидемиологический
- клинико-психопатологический
- экспериментально-психологический

У пациентки клинико-психологический тип суицида

- маскированный
- витальный
- амбивалентный
- спонтанный

При данном типе расстройств личности психотерапией первого выбора является

- гипноз
- психоанализ
- экзистенциально-гуманистическая терапия
- терапия, направленная на выработку навыков саморегуляции

Врач-психотерапевт поручит клиническому психологу в данном случае заниматься прежде всего

- психоанализом

- гипнозом
- психообразованием
- музыкотерапией

Возможная форма лечения при данном состоянии пациента

- стационарная
- дневной стационар
- однократное консультирование
- амбулаторная

У данной пациентки тип постсуицидального периода

- фиксированный суицид
- критический
- манипулятивный
- аналитический

У данной пациентки уровень риска последующих суицидальных действий

- низкий
- умеренный
- средний
- высокий

Основной задачей антикризисной профилактики, осуществляемой в ближайший постсуицидальный период являются

- наработка навыков межличностного общения
- анализ глубинного конфликта
- предупреждение реализации суицидальных намерений (собственно суицидальных действий)
- анализ травмы рода

Что является противопоказанием для психотерапии в постсуицидальном периоде

- эпилепсия и органические расстройства
- депрессии и невротические расстройства
- психозы и умственная отсталость
- расстройства адаптации невротические расстройства

Назовите инструмент, эффективный при оценке суицидального риска

- Шкала Бека

- Колумбийская шкала оценки тяжести самоубийств
- Шкала Гамильтона
- Шкала Олпорта

Что относят к внутриличностным факторам повышенного суицидального риска

- Шкала Бека
- Колумбийская шкала оценки тяжести самоубийств
- Шкала Гамильтона
- Шкала Олпорта

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная Т. 1958 года рождения.

Жалобы

Жалобы на плохой сон, постоянное чувство усталости, потерю интереса к прошлым увлечениям, сниженный аппетит, отсутствие сил чем-либо заниматься.

Анамнез заболевания

Ранее психиатрами не наблюдалась. Когда пациентки было 8 лет, мать из-за конфликта с отцом совершила суицидальную попытку путём самоотравления. Мать выпила не летальную дозу снотворного на ночь. Утром отец не смог её разбудить, вызвал скорую помощь, мать была госпитализирована в психиатрический стационар. Эта ситуация проходила на глазах у детей и произвела сильное впечатление на пациентку. В дальнейшем она часто задумывалась о том, что мать тогда могла умереть. Примерно с подросткового возраста ловила себя на мысли, что матери было бы лучше, если бы она тогда умерла, так как, мать была глубоко несчастна всю свою жизнь. Антивитальные переживания стали появляться 5 лет назад, когда сын стал употреблять наркотики. При этом резко ухудшилось собственное здоровье, обострились соматические заболевания. Муж продолжал пить. Когда становилось особенно тяжело, думала о том, что «ничего хорошего в ее жизни уже не будет», размышляла «хватит ли у неё сил справиться со всеми испытаниями». Когда 3 года назад проводилась операция, подумала о том, что под наркозом было бы хорошо умереть и больше ни о чём не беспокоиться. Однако о самоубийстве не думала, так как считала, что без неё у сына никого не останется. Она единственный человек, который кормит его, содержит, пытается помочь ему избавиться от зависимости. За месяц до «несчастливого случая», сын перестал

употреблять наркотики, пройдя очередной дорогостоящий курс лечения. При этом он чувствовал себя нормально, пребывал в хорошем настроении. Пациентка решила, что «всё плохое осталось позади». Однако в день, когда произошёл «несчастный случай», узнала, что сын вновь вернулся к наркотической зависимости. Проплакала весь день, так как «понимала, что сил больше нет». Вечером, приготовив ужин, «случайно оставила включенным газ», так как «была очень уставшей, разбитой, расстроенной», легла спать. Соседка, почувствовав запах газа в 2 часа ночи, вызвала газовую службу, которая и обнаружила пациентку уже без сознания. После оказания необходимого лечения в соматическом стационаре, была консультирована психиатром и направлена на лечение в психиатрический стационар. Пациентка категорически отрицает суицидальную попытку, утверждает, что «никогда не оставила бы сына одного».

Анамнез жизни

Родилась вторым ребёнком в семье. Мать пациентки пыталась покончить с собой, когда пациентке было 8 лет. Наблюдалась у психиатра по поводу депрессии. Беременность матери протекала без особенностей, роды в срок, ранее развитие соответствовало возрастным нормам. Посещала детский сад. В школу пошла с 7 лет. Училась посредственно, предпочитала точные науки. Себя характеризует спокойной, дисциплинированной, не склонной к лидерству, доброй. Обстановку в родительской семье описывает, как некомфортную, отец был очень строгий и требовательный, бил мать и старшего брата. Мать была тихой, покладистой, тяжело переживала из-за сложного характера мужа. Однако мать продолжала сохранять брак, так как считала, что сама не сможет материально обеспечить детей. Закончив 10 классов, пациентка поступила в технический институт, закончила его и работала проектировщиком в строительно-монтажном управлении, где и работает до сих пор. В браке с 26 лет. От брака имеет сына 21 года. Отношение с мужем оценивает, как крайне тяжёлые, так как муж страдает алкоголизмом. Однако главная проблема пациентки это сын, который страдает наркотической зависимостью с 16 лет. В анамнезе бронхиальная астма, гипертоническая болезнь, операции: холицистэктомия; удаление миомы матки. Вредных привычек нет.

Объективный статус

Соматический статус. Жалоб нет. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Аллергии отрицает. Дыхание свободное. Живот мягкий, безболезненный.

Неврологический статус. Без особенностей. Жалоб нет. Пробы выполняет удовлетворительно, рефлексы симметричные. ЧМТ отрицает.

Психический статус.

Выражение лица печальное, говорит медленно, часто вздыхает. Отмечает постоянно плохое самочувствие. Мышление замедлено. Настроение снижено. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики не выявляет.

Учитывая анамнез и статус больной, можно поставить диагноз

- Шкала Бека
- Колумбийская шкала оценки тяжести самоубийств
- Шкала Гамильтона
- Шкала Олпорта

Диагноз

Депрессивный эпизод

Шизофрения

Шизотипическое расстройство

Органическое расстройство личности

Необходимым для постановки диагноза методом обследования является

- лабораторный
- клинико-психопатологический
- эпидемиологический
- экспериментально-психологический

У пациентки клинико-психологический тип суицида

- резонансный
- ситуационный
- маскированный
- амбивалентный

При данном типе расстройств личности психотерапией первого выбора является

- символдрама или катативно-имажинативная психотерапия
- гипнотерапия
- гештальт-терапия
- психоанализ

Врач-психотерапевт поручит клиническому психологу в данном случае заниматься прежде всего

- психообразованием
- танцевальной психотерапией
- эриксоновским гипнозом
- музыкотерапией

Возможная форма лечения при данном состоянии пациента

- стационарная
- амбулаторная
- дневной стационар
- однократная консультация

У пациентки тип постсуицидального периода

- аналитический
- отрицание суицидальной попытки
- манипулятивный
- критический

У пациентки уровень риска последующих суицидальных действий

- умеренный
- средний
- высокий
- низкий

Основной задачей психотерапевтической интервенции является

- анализ травмы рода
- осознание саморазрушающих тенденций
- работа с напряжением в теле
- улучшение межличностных взаимодействий

Целью психотерапии в отдаленном постсуицидальном периоде является

- поиск новых жизненных смыслов
- улучшение качества межличностных взаимоотношений
- укрепление антисуицидального барьера личности суицидента
- улучшение качества жизни

Что называют демонстративно - шантажным суицидом

- действия, которые могут привести к смертельному исходу, но или не имеют прямого умысла на прекращение собственной жизни, или их мотивы не могут быть четко верифицированы
- действия человека, связанные с демонстрацией намерения прекращения собственной жизни при его отсутствии
- нанесение себе преднамеренных, но нелетальных повреждений
- действия человека непосредственно имеют целью ясно осознаваемое намерение прекращения собственной жизни

Кто чаще совершает завершённый суицид, мужчины или женщины?

- действия, которые могут привести к смертельному исходу, но или не имеют прямого умысла на прекращение собственной жизни, или их мотивы не могут быть четко верифицированы
- действия человека, связанные с демонстрацией намерения прекращения собственной жизни при его отсутствии
- нанесение себе преднамеренных, но нелетальных повреждений
- действия человека непосредственно имеют целью ясно осознаваемое намерение прекращения собственной жизни

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная Л. 1980 года рождения.

Жалобы

Жалобы на раздражительность, эмоциональное напряжение, головные боли.

Анамнез заболевания

Ранее психиатрами не наблюдалась, впервые суицидальные мысли появились в возрасте 13 лет, когда вместе с семьёй переехала в Москву. Процесс адаптации протекал сложно. Долго не могла вписаться в коллектив, найти общий язык с учителями. Резко снизилась успеваемость, что вызывало крайнее недовольство матери. К концу учебного года стало очевидно, что она может быть не аттестована по алгебре. Мать пригрозила, что на всё лето отправит пациентку в деревню и не позволит ей поехать с другими в лагерь, куда пациентка очень стремилась попасть. Именно в этот момент, при полном отсутствии антивитаальных переживаний и выраженном чувстве обиды на мать, подумала о том, что если бы она умерла, то мать горько пожалела бы о содеянном. Очень быстро родились суицидальные замыслы. Прейдя домой, и вновь вступив в конфликт с матерью, пригрозила ей, что «очень скоро ей не нужно будет ни с кем ругаться, так как у неё не будет такой неблагополучной дочери». После чего

уйдя в свою комнату, выпила 3 бутылочки корвалола. Хотела выпить 4, но один разбился, так как от волнения дрожали руки. Находившиеся дома мать и сестра, зайдя в комнату и почувствовав запах, стали выяснять у пациентки, что произошло. После чего мать вызвала скорую медицинскую помощь, было проведено промывание желудка, госпитализация не потребовалась. Мать, напуганная происшедшим, выполнила все требования дочери. В дальнейшем относилась к ней мягче и осторожнее.

Вторая суицидальная попытка была в возрасте 23 лет, когда после ссоры с мужем, выпила 2 стакана коньяка, взяла нож и попыталась нанести ранение левого предплечья на глазах у мужа. Со слов пациентки, этот инцидент оказал влияние на поведение мужа. Он стал более корректным по отношению к пациентке.

В течение последнего года отношения с мужем снова ухудшились, так как у него появилась другая женщина. Муж попросил развод и «признался в своих изменах» после чего, оставшись одна в квартире, пациентка выпила 20 таблеток донормила. Затем позвонила мужу и рассказала о своём поступке. Муж вернулся домой, пациентка была госпитализирована в травматологическое отделение. В дальнейшем переведена в психиатрический стационар.

Анамнез жизни

Родилась вторым ребёнком в семье. У матери в течение жизни наблюдались колебания настроения, психиатрами не наблюдалась. Суициды у близких родственников отрицает. Беременность матери протекала с токсикозом в первом триместре, роды в срок, раннее развитие без особенностей, соответствует возрастным нормам. Отношения в родительской семье описывает, как спокойные, комфортные, гармоничные. При этом, однако, сообщает о конфликтах со старшей и младшей сёстрами, связанными с несправедливым, по мнению пациентки, отношением родителей. Посещала детский сад, в школу пошла с 7 лет. Училась посредственно, предпочтение отдавала гуманитарным наукам. Со слов пациентки была лидером, всегда обладала большим количеством друзей и подруг. Посещала различные кружки и секции, однако постоянных увлечений не было, так как быстро теряла к ним интерес. В возрасте 13 лет переехала Москву, где закончила 9 классов. После чего поступила в профессиональное техническое училище по специальности парикмахер. После училища стала работать по профессии, сменила несколько мест работ, со слов пациентки по объективным обстоятельствам (неудовлетворённость условиями труда и заработной платы). Настоящее место работы полностью устраивает, в коллективе очень хорошие отношения. В браке

с 18 лет. Имеет дочь, к которой очень привязана. Отношение в семье характеризует, как неудовлетворительные, что связывает с неверностью мужа.

Объективный статус

Соматический статус. Жалоб нет. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Аллергии отрицает. Дыхание свободное. Живот мягкий, безболезненный.

Неврологический статус. Без особенностей. Жалоб нет. Пробы выполняет удовлетворительно, рефлексы симметричные. ЧМТ отрицает.

Психический статус.

Внешне спокойна, ориентирована в полном объеме. Мышление последовательно, отмечаются фрагменты «эмоциональной логики». Эмоции неустойчивые. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики не выявляет.

Учитывая анамнез и статус больной, можно поставить диагноз

- действия, которые могут привести к смертельному исходу, но или не имеют прямого умысла на прекращение собственной жизни, или их мотивы не могут быть четко верифицированы
- действия человека, связанные с демонстрацией намерения прекращения собственной жизни при его отсутствии
- нанесение себе преднамеренных, но нелетальных повреждений
- действия человека непосредственно имеют целью ясно осознаваемое намерение прекращения собственной жизни

Диагноз

Истерическое расстройство личности

Шизофрения

Шизотипическое расстройство

Биполярное расстройство

Необходимым для постановки диагноза методом обследования является

- лабораторный
- эпидемиологический
- клинико-психопатологический

- математико-статистический

У пациентки следующий клинико-психологический тип суицида

- витальный
- ситуационный
- амбивалентный
- маскированный

При данном типе расстройств личности психотерапией первого выбора является (-ются)

- гипнотерапия, когнитивно-поведенческая терапия, игровая терапия, арт-терапия
- психотерапия, направленная на улучшение межличностных взаимодействий, например, трансактный анализ
- эмоционально-стрессовая терапия, когнитивно-поведенческая терапия, игровая терапия, арт-терапия
- психоанализ, когнитивно-поведенческая терапия, игровая терапия, арт-терапия

Врач-психотерапевт поручит клиническому психологу в данном случае заниматься прежде всего

- танцевальной психотерапией
- эриксоновским гипнозом
- психообразованием
- музыкотерапией

Возможная форма лечения при данном состоянии пациента

- амбулаторная
- однократная консультация
- дневной стационар
- стационарная

У данной пациентки представлен тип постсуицидального периода представлен

- манипулятивный
- критический
- отрицание суицидальной попытки
- аналитический

Уровень риска последующих суицидальных действий у данной пациентки

- умеренный
- высокий
- средний
- низкий

Основная задача психотерапевтической интервенции - это

- выработка у пациента адекватного отношения к случившемуся, привитие им знаний и навыков своевременного распознавания начальных признаков рецидива суицидального поведения, а также на освоение стратегий собственного поведения, предупреждающих повторные суицидальные действия
- формирование доминанты на ведение ЗОЖ, привитие им знаний и навыков своевременного распознавания начальных признаков рецидива суицидального поведения, а также на освоение стратегий собственного поведения, предупреждающих повторные суицидальные действия
- обучение навыкам саморегуляции, привитие им знаний и навыков своевременного распознавания начальных признаков рецидива суицидального поведения, а также на освоение стратегий собственного поведения, предупреждающих повторные суицидальные действия
- поиск новых личностных смыслов, привитие религиозного самосознания, привитие знаний и навыков своевременного распознавания начальных признаков рецидива суицидального поведения, а также на освоение стратегий собственного поведения, предупреждающих повторные суицидальные действия

Целью психотерапии в отдаленном постсуицидальном периоде является

- укрепление антисуицидального барьера личности
- улучшение социального статуса пациента
- поддержание навыков здорового межличностного общения
- улучшение качества жизни пациента

Процент пациентов с суицидальным поведением, выявляющих истерические расстройства личности, составляет

- 90
- 28
- 60
- 10

Рекомендованный вид психотерапии в отдаленном периоде

- 90
- 28

- 60
- 10

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 23 лет направлен на консультацию психиатру после обследования в Центре неврологии. Основание для назначения консультации - несоответствие жалоб больного данным проведенного обследования (соматоформное расстройство?).

Жалобы

На ощущение онемения тела от кончиков пальцев ног до шеи, приступы «горения» участков кожи спины и груди.

Анамнез заболевания

Считает себя больным около 2 лет, когда перенес стрессовое событие. У его жены произошел выкидыш на раннем сроке беременности, это событие воспринял как тяжелое горе, тосковал, жалел жену и не родившегося ребенка, практически перестал есть, часто плакал. Вскоре стали беспокоить приступы «горения» кожи и возникла сильная и необъяснимая боль в большом пальце левой ноги. Далее боль сменилась ощущением онемения, которое распространилось по всему телу. Это ощущение было неприятным и необычным, его было трудно описать и сравнить с другими ощущениями. Эпизодически возникали состояния отчуждения от окружающей действительности на уровне восприятия своего тела, казалось, что находится в аквариуме. Обратился за медицинской помощью, проводили различные обследования однако никакой неврологической патологии выявлено не было.

Анамнез жизни

Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Рос физически здоровым, по характеру замкнутым, отгороженным, сторонился детей, хотя любил наблюдать детские игры. Испытывал различные страхи-темноты, насекомых. В школе также предпочитал одиночество, но держался независимо, не допускал насмешек и неуважения в свой адрес. Успевал хорошо, за период учебы сменил 2 школы, в первый раз из-за смены места жительства, а во второй из-за страха перед учительницей, которая по мнению больного была «одержима религией». Этот фанатизм пугал, вызывал тревогу. После окончания школы поехал учиться в г. Москву. Поступил в финансовую академию, жил у родственников. На первом курсе было трудно адаптироваться к студенческой жизни, ничего не успевал, не сдал сессию, чувствовал себя плохо. По мнению больного испытывал постоянно усталость, не мог усвоить изучаемые предметы,

т.к. нарушилась память. Пытался заниматься, но не мог, хотелось лежать, ночью плохо спал, испытывал чувство вины за свою «никчемность», но не мог справиться со своим состоянием. По ходатайству родственников ему был оформлен академический отпуск с диагнозом: нейроциркуляторная дистония. Около года не учился и не работал, к врачам не обращался, постепенно состояние нормализовалось. Возобновил учебу и с успехом закончил ВУЗ. Женат с 20 лет, отношения в семье хорошие. Работает по специальности в банке. Отмечает склонность к колебаниям настроения. После академического отпуска настроение было несколько приподнятым, радостным, учился с интересом. Радовался, что у жены родится ребенок. После самопроизвольного прерывания беременности у жены настроение резко снизилось.

Объективный статус

При неврологическом обследовании признаков вовлечения в процесс периферических нервов, мышц и ЦНС нет. При тестировании поверхностной болевой и вибрационной чувствительности отклонений от нормы нет. Патологических пирамидных рефлексов нет. Сила мышц всех групп 5 баллов, атрофий нет, сухожильные рефлексы живые, симметричные, патологических знаков нет. Координация, статика не изменены.

Психическое состояние. На вопросы отвечает по существу, кратко. Описывает болезненные ощущения как что-то чуждое, подчеркивает, что их трудно описать, они необычны и вызывают скорее любопытство, чем тревогу. Приступы «горения» напротив носят панический характер. Периодически чувствует себя изолированным от внешнего мира «как в аквариуме». Настроение пациента снижено, описывает суточные колебания настроения с улучшением состояния к вечеру. К ночи состояние заметно улучшается, засыпает очень поздно, с трудом работает. В настоящее время практически нет интересов, значительно похудел, отсутствует аппетит, не испытывает радости и удовольствия. Говорит об этом равнодушно, считает, что привык к этим ощущениям, однако с надеждой соглашается на лечение.

Проведения консультации психиатра в данном случае возможно

- по решению суда
- даже без согласия пациента
- только после подписания информированного согласия
- с письменного согласия родителей пациента

При психиатрическом обследовании психическое состояние пациента определяется

- ипохондрическим бредовым расстройством

- конверсионным расстройством
- синдромом депрессии с деперсонализацией
- диссоциативным расстройством

Учитывая данные неврологического и психиатрического обследования, больному можно поставить диагноз

- ипохондрическим бредовым расстройством
- конверсионным расстройством
- синдромом депрессии с деперсонализацией
- диссоциативным расстройством

Диагноз

БАР, текущий эпизод умеренной депрессии

Рекуррентное тревожно-депрессивное расстройство

Расстройство адаптации, пролонгированная тревожно-депрессивная реакция

БАР, текущий смешанный эпизод

При лечении данного расстройства необходимо применять

- когнитивную психотерапию
- психофармакотерапию
- техники релаксации
- семейную психотерапию

При терапии БАР, помимо купирующего этапа, терапии необходимо проводить + _____ + терапию

- прерывистую
- превентивную
- противорецидивную
- когнитивно-бихевиоральную

Выявленное расстройство имеет + _____ + течение

- биполярное
- рекуррентное
- приступообразно-прогредиентное
- непрерывное, континуальное

У пациента в структуре сложного депрессивного синдрома имеют место _____ расстройства

- диссоциативные психические
- соматопсихические
- дисморфофобические психические
- конверсионные психические

Выявленные психические расстройства относят к + _____ + расстройствам

- аффективным
- шизотипическим
- невротическим
- экзогенно-органическим

По своему происхождению аффективные расстройства, в частности БАР, являются

- экзогенно-органическими
- соматогенными
- эндогенными
- психогенными

Шифр выявленного расстройства в соответствии с МКБ-10

- F 31.5
- F 31.3
- F 32
- F31.4

При предположении врачами-интернистами наличия у пациента психического расстройства целесообразна организация консультации врача

- психиатра
- невролога
- вегетолога
- эндокринолога

Функциональные (психосоматические) расстройства в общей медицине целесообразно лечить с участием врача

- психиатра
- невролога
- вегетолога
- эндокринолога

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 23 лет направлен на консультацию врачом неврологом в связи с несоответствием жалоб пациента данным объективного обследования.

Жалобы

На мышечные подергивания в руках, ногах, периодически возникающую слабость в ногах и руках, приступы головных болей, неустойчивый сон, снижение работоспособности.

Анамнез заболевания

Считает больным себя в течение последнего года, когда внезапно на фоне полного здоровья возник приступ головной боли. Приступ не купировался приемом анальгетиков, вызвал Скорую помощь. После инъекции анальгетика боль редуцировалась. В дальнейшем приступы головных болей повторялись, но были не столь интенсивными. Через 6 месяцев после первого приступа появились мышечные боли и подергивания мышц пальцев рук. Эти симптомы вызвали тревогу, стал искать информацию в интернете и выяснил, что головные боли и мышечные подергивания являются симптомами бокового амиотрофического склероза (БАС), на следующий день почувствовал слабость в ногах, носившую перемежающийся характер. Самостоятельно обратился в районную поликлинику, далее начал посещать различные медицинские центры, где его обследовали и диагноз не подтверждали.

Анамнез жизни

Родился в многодетной семье вторым ребенком, рос здоровым. По характеру с детских лет общительный, не терпит одиночества всегда с товарищами, вместе с тем тревожно-мнительный. Часто переживал по пустякам, испытывал неуверенность в собственных силах. В школе успевал удовлетворительно, дисциплину не нарушал, занимался рисованием. В 15 лет услышал телепередачу о СПИДе и возник страх, что он может заболеть этим заболеванием. Стал читать популярную литературу. Остерегался, что может случайно уколоться об острый предмет и таким образом заразиться СПИДом, о своих страхах никому не рассказывал. В старших классах, несмотря на повышенную мнительность и страх заболеть СПИДом, много занимался дополнительно, готовился к поступлению на факультет архитектуры. Постепенно страх потерял актуальность не думал о возможном заражении. Успешно сдал экзамены и поступил на дневной факультет. Вскоре понял, что ошибся с выбором профессии, оставил учебу после 2 курса. Из вредных привычек отмечает регулярное употребление алкоголя 1-2 раза в месяц в

компании молодежи. После прекращения учебы работает продавцом в магазине спорттоваров, мечтает стать врачом. Около 2 лет назад перенес сложный перелом плеча с повреждением нерва и последующим оперативным лечением, около года занимался реабилитацией и вскоре появились отмеченные жалобы.

Объективный статус

В беседе держится отгорожено, настроение снижено, предъявляет множество соматических жалоб. На вопросы отвечает по существу, коротко. Отмечает нарушения сна, ранние беспричинные пробуждения. По утрам слабость, страх наличия тяжелого и неизлечимого заболевания, тяжесть в груди, слабость мышц, трудности при передвижении. Постепенно самочувствие улучшается и к вечеру становится достаточно активным, встречается с друзьями, подругами, появляется аппетит. С тревогой отмечает, что за последние 6 месяцев потерял в весе около 3 кг, спрашивает мнение врача о симптомах его заболевания. Соглашается с тем, что он повышено мнительный и ипохондричный, настроен на предложенную терапию.

Для исключения диагноза БАС лабораторными методами обследования являются

- психиатра
- невролога
- вегетолога
- эндокринолога

Результаты обследования

Общий анализ крови

Патологии не выявлено.

Биохимический анализ крови

Все биохимические показатели в пределах возрастной нормы.

Исследование серологических реакций крови на сифилис, на ВИЧ, боррелиозы

Данных за ВИЧ, сифилис, боррелиозы не получено.

Исследование уровня глюкозы с сахарной нагрузкой

Данных за нарушение толерантности к глюкозе не получено.

Исследование уровня витамина Д

Уровень витамина Д в пределах референсных значений.

Определение уровня ферритина

Результат в пределах референсных значений.

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- психиатра
- невролога
- вегетолога
- эндокринолога

Результаты обследования

Игольчатая электромиография

Патологии не выявлено.

Стимуляционная электромиография

Патологии не выявлено.

МРТ головного мозга

МР-картина соответствует возрастной норме

МРТ спинного мозга

МР-картина соответствует возрастной норме

Рентгенография костей черепа

Без отклонений от нормы.

ЭЭГ-мониторинг

Патологической активности не выявлено

Учитывая данные неврологического обследования, анализа анамнеза и актуального психического состояния, больному можно поставить диагноз

- психиатра
- невролога
- вегетолога
- эндокринолога

Диагноз

Циклотимия

Шизотипическое расстройство

Биполярное аффективное расстройство

Расстройство адаптации, пролонгированная реакция

Консультация психиатра в данном случае осуществляется

- даже без подписания информированного согласия
- только при подписании информированного согласия родителями пациента
- только по решению суда
- после подписания информированного согласия

При лечении пациента необходимо применение

- лечебной физкультуры
- семейной психотерапии
- когнитивной психотерапии
- психофармакотерапии

Психическое состояние пациента определяется

- диссоциативным (конверсионным) синдромом
- синдромом меланхолической депрессии
- синдромом соматизированной депрессии
- синдромом ипохондрического бреда

В структуре выявленного синдрома одним из его компонентов является

- сенестопатия
- генерализованное тревожное расстройство
- обсессивно-компульсивное расстройство
- паническое психическое расстройство

Течение выявленного расстройства носит + _____ + характер

- хронический
- приступообразный
- приступообразно-прогредиентный
- рекуррентный

Выявленное расстройство относится к категории + _____ + расстройств

- шизотипических
- экзогенно-органических

- невротических
- аффективных

Шифр поставленного диагноза по МКБ-10

- F34.8
- F34.1
- F34
- F33.1

При предположении врачами-интернистами наличия у пациента психического расстройства целесообразна организация консультации врача

- вегетолога
- невролога
- психиатра
- эндокринолога

Функциональные (психосоматические) расстройства в общей медицине целесообразно лечить с участием врача

- вегетолога
- невролога
- психиатра
- эндокринолога

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 27 лет направлена на консультацию гастроэнтерологом в связи с несоответствием множественных драматических жалоб данным объективного обследования.

Жалобы

Страх позывов на дефекацию в общественном месте, неустойчивый стул, изжога, периодически боли по ходу кишечника.

Анамнез заболевания

Отмеченные жалобы около 1 года, связывает их появление с перенесенной кишечной инфекцией.

Анамнез жизни

Родители по характеру уравновешенные, младшая сестра страдает рекуррентным депрессивным расстройством. Росла физически здоровой, по

характеру инициативная, упорная в достижение целей, избирательно общительная. В школе успевала хорошо, отмечали ее хорошие способности, активно и успешно занималась музыкой. С 13 лет у нее возник страх неожиданных позывов на мочеиспускание и дефекацию, т.к. одна из преподавательниц не выпускала детей из класса во время уроков. В дальнейшем в общественных местах всегда старалась выяснить, где находятся туалетные комнаты, садилась ближе к двери, чтобы была возможность быстро выйти. Училась по-прежнему очень хорошо и поступила в Петербургский Университет на факультет журналистики. Занималась с увлечением, на 2 курсе полюбила своего однокурсника и в 20 лет вышла замуж. Вначале отношения были гармоничными, но вскоре начались конфликты и ссоры. Несколько раз муж ударил больную по лицу. Тяжело переживала унижение, не понимала причины изменения отношений. Ушла от мужа и оформила развод. После развода поняла, что не сможет учиться (3 курс) и ей был оформлен академический отпуск по медицинским показаниям с диагнозом «Нейроциркуляторная дистония». Со слов больной, чувствовала слабость, ничего не могла запомнить, настроение было сниженным, плохо спала, беспокоили неприятные ощущения в области сердца, приступы паники и страха с учащенным сердцебиением и последующим позывом на мочеиспускание или дефекацию. Все время проводила дома, много лежала, никакой терапии не проводили. Примерно через 3 месяца начала самостоятельно заниматься, но быстро уставала. Попросила мать о помощи, и она стала читать ей вслух учебники. В дальнейшем состояние нормализовалось, возобновила учебу и успешно закончила Университет. Работала достаточно успешно по специальности на телевидении. Много времени посвящала здоровью, обследовалась у кардиологов, гастроэнтерологов. Никакой органической патологии выявлено не было, пациентка старалась вести правильный, здоровый образ жизни. Периодически чувствовала себя очень хорошо, не думала о здоровье, активно работала. Добилась значительных успехов в карьере, настроение бывало приподнятым. Неожиданно около года назад возникло разочарование в работе, решила «все изменить» и переехала в Москву. В Москве нашла интересную работу в крупной кампании, испытывала бытовые трудности, вскоре сняла удобную квартиру. На работе познакомилась с молодым человеком, ровесником. Вскоре у них установились дружеские отношения, впоследствии стали вместе жить. Отношения хорошие, равные, испытывает доверие к нему. Часто навещает родителей в Петербурге. Около 2 месяцев назад стали беспокоить боли по ходу кишечника, неустойчивый стул, страх опозориться в связи с позывами на дефекацию, изжога, нарушения сна, неустойчивое настроение, снижение работоспособности. Вновь появился страх, что у нее нераспознанное заболевание ЖКТ и возникло желание полного обследования до выяснения истины.

Объективный статус

Во время беседы тревожна, с волнением и страхом рассказывает о симптомах заболевания, предполагает, что серьезно больна. В процессе беседы выясняется, что отмеченные жалобы возникают эпизодически в связи с погрешностями в диете. Стул регулярный, как правило, 1 раз в сутки, беспокоит страх о возможности возникновения позывов. Неожиданные позывы возникают редко в ситуациях, связанных с эмоциональным напряжением, может их подавить и в редких случаях вынуждена выйти в туалет. Однажды такая ситуация возникла во время деловых переговоров, помнит об этом факте до настоящего времени. Рассказывая о своем «позоре» покрывается красными пятнами, на глазах появляются слезы. Отмечает, что мысли о болезни носят навязчивый характер. В процессе беседы успокаивается, внимательно слушает разъяснения врача, рассказывает о случае со школьной учительницей. В процессе беседы выясняется, что в настоящее время настроение ее неустойчивое. Плохо спит ночью, рано просыпается с тревогой, размышлениями о своем здоровье. К вечеру состояние улучшается, становится активной, выравнивается настроение. Пациентка крайне ипохондрична, однако с критикой оценивает свое состояние, намерена проводить рекомендованную терапию.

Необходимыми для постановки диагноза (наличие/отсутствие воспалительных заболеваний кишечника) лабораторными методами обследования являются

- вегетолога
- невролога
- психиатра
- эндокринолога

Результаты обследования

Клинический и биохимический анализ крови

Норма

Исследование уровня гормонов щитовидной железы

Норма

Анализ кала для выявления уровня кальпротектина

Норма

Анализ кала для выявления бактерий кишечной группы

Норма

Анализ суточной мочи по Нечипоренко

Норма

Исследование уровня инсулина в крови

Норма

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- вегетолога
- невролога
- психиатра
- эндокринолога

Результаты обследования

ЭГДС с биопсией 12-перстной кишки

Признаков эрозивно-язвенного поражения при ЭГДС не выявлено

Колоноскопия

Картина слизистой толстой кишки отклонений то нормы.

Рентген органов грудной клетки

Легкие без свежих инфильтративных изменений.

МРТ поясничного отдела позвоночника

Без патологии

УЗИ щитовидной железы

Узловых образований не выявлено

Эхокардиография

Камеры сердца не расширены, фракция выброса не снижена, клапанный аппарат без патологии

Учитывая особенности психического состояния пациентки, симптомы тревожно-депрессивного расстройства, соматоформные расстройства в виде синдрома раздраженного кишечника, ипохондрических навязчивых расстройств, а также данные анамнеза о невротических реакциях с детского возраста, о расстройствах настроения и перенесенном эпизоде депрессии, больной можно поставить диагноз

- вегетолога
- невролога
- психиатра
- эндокринолога

Диагноз

Рекуррентное депрессивное расстройство

Расстройство адаптации, тревожно-депрессивный синдром

Личностное расстройство истерической структуры

Шизотипическое расстройство

Психиатрическое обследование данной пациентки проводится

- даже при отсутствии письменного согласия пациента
- при наличии письменного согласия родителей пациентки
- только при наличии письменного согласия пациентки
- при наличии письменного согласия мужа пациентки

Лечение выявленного расстройства предполагает назначение

- когнитивной психотерапии
- соматотропной терапии
- сочетанной соматотропной и психотропной терапии
- психофармакотерапии

Течение выявленного расстройства носит

- приступообразно-прогредиентный тип течения
- непрерывное течение
- биполярный характер
- рекуррентный характер

Одним из расстройств в структуре выявленного психопатологического синдрома является + _____ + расстройство

- булимическое
- ипохондрическое
- бредовое
- обсессивно-компульсивное

По МКБ-10 представленный случай следует отнести к разделу

- хроническое расстройство настроения
- аффективные расстройства

- депрессивный эпизод средней тяжести
- рекуррентное депрессивное расстройство неуточненное

По этиологии данное расстройство относится к кругу

- экзогенно-органических
- эндогенных
- конституциональных
- экзогенных

Шифр расстройства в соответствии с МКБ-10 F

- 33.1
- 34.0
- 33.2
- 33.4

При предположении врачей-интернистов наличия у пациента психического расстройства необходимо организовать консультацию врача

- эндокринолога
- вегетолога
- невролога
- психиатра

Функциональные (психосоматические) расстройства в медицинской практике целесообразно лечить с участием врача

- эндокринолога
- вегетолога
- невролога
- психиатра

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка кардиологического стационара 19 лет, направлена на консультацию с диагнозом нейроциркуляторная дистония.

Жалобы

Приступы учащенного сердцебиения в ситуациях эмоционального напряжения с 14 лет, приступы редкие 1-2 раза в 6 месяцев, периодически ощущение кома в горле.

Анамнез заболевания

Первый приступ учащенного сердцебиения возник в предменструальном периоде в 14 лет в школе после конфликта с подругой, это состояние обошлось самостоятельно. В дальнейшем приступы повторялись, как правило, в ситуациях, сопровождающихся волнением. Неоднократно проводили обследование в стационарах, но нарушений ритма сердца не регистрировали. При проведении ЧПЭСС приступы не индуцировались.

Анамнез жизни

Раннее развитие правильное, наследственность психическими заболеваниями неотягощена. По характеру общительная, впечатлительная в детстве боялась насекомых, темноты. Хорошо адаптировалась в детских учреждениях, любила посещать школу. Со сверстниками всегда ладила. В начальных классах быстро уставала на уроках, с 14 лет после первого приступа тахикардии была освобождена от занятий физкультурой.

Объективный статус

Предъявляет множество жалоб: частые головные боли, приступы сердцебиений, возникающие в ситуациях волнения или спонтанно. Приступы учащенного сердцебиения продолжаются от 2 до 10 мин, сопровождаются чувством страха, нехваткой воздуха. Опасается внезапной смерти от неизвестного заболевания, чувствует себя «неуютно», возникает потребность обратиться к врачу. Пациентка может без усталости говорить о своем здоровье, много читает о заболеваниях сердца в интернете, интересуется особенностями питания, режима. Несмотря на тревогу и страхи, хорошо успевает в институте, имеет подруг, молодого человека, строит реальные планы на будущее.

Психиатрическое освидетельствование данной больной проводится

- при наличии письменного согласия матери пациентки
- только при наличии письменного согласия пациента
- при наличии письменного согласия обоих родителей пациентки
- даже при отсутствии письменного согласия пациентки

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования для исключения соматического заболевания относят

- при наличии письменного согласия матери пациентки
- только при наличии письменного согласия пациента
- при наличии письменного согласия обоих родителей пациентки
- даже при отсутствии письменного согласия пациентки

Результаты обследования

ЭКГ

Норма

ЭХО-КГ

Норма

Суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру

Синусовая тахикардия.

Чреспищеводная электрическая стимуляция сердца

Дополнительных путей проведения не выявлено. Нарушения ритма не индуцированы.

Гипервентиляционная и ортостатическая пробы

Резко положительные.

УЗИ брюшной полости

Без патологии

Учитывая данные кардиологического и инструментального обследования и результаты психиатрического обследования, больной можно поставить диагноз

- при наличии письменного согласия матери пациентки
- только при наличии письменного согласия пациента
- при наличии письменного согласия обоих родителей пациентки
- даже при отсутствии письменного согласия пациентки

Диагноз

Соматоформная вегетативная дисфункция

Недифференцированное соматоформное расстройство

Соматизированное психическое расстройство

Диссоциативные двигательные расстройства

Дифференциальный диагноз проводится с

- соматическим заболеванием
- органическим личностным расстройством
- шизотипическим расстройством
- генерализованным тревожным расстройством

Состояние пациентки определяется синдромом

- гиперпатии
- парестезии
- сенсоипохондри
- сенестопатии

Правильно начать лечение с применения

- психофармакотерапии
- соматотропной терапии
- лечебной физкультуры
- иглорефлексотерапии

Дальнейшее медикаментозное лечение данного пациента следует проводить в течении

- 3 недель
- 1 месяца
- 2 месяцев
- 6 месяцев

По МКБ-10 диагностируемое расстройство относится к разделу

- расстройств адаптации
- расстройств поведения зрелой личности
- соматоформных расстройств
- аффективных расстройств

Выявленное расстройство относится к кругу + _____ + расстройств

- психогенных
- эндогенных
- экзогенно-органических
- интоксикационных

В психическом состоянии пациентки, помимо соматоформной вегетативной дисфункции, имеет место + _____ + расстройство

- шизотипическое
- диссоциативное
- ипохондрическое
- генерализованное тревожное

Данное расстройство в МКБ-10 обозначается шифром

- F45.4
- F45.31
- F45.3
- F45.30

Функциональные (психосоматические) расстройства в общей медицинской практике целесообразно лечить с участием врача

- F45.4
- F45.31
- F45.3
- F45.30

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 19 лет направлена гастроэнтерологом на консультацию к психиатру в связи с несоответствием жалоб данным объективных обследований.

Жалобы

На периодически возникающие боли интенсивного характера в правом подреберье.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение последних 2 лет после проведенной аппендэктомии. Через 5 дней после выписки из стационара вновь поступила в хирургическое отделение с жалобами на боли в правой подвздошной области, ей была выполнена диагностическая лапароскопия, по данным которой у нее определялся инфильтрат, состоящий из купола слепой кишки и терминального отдела подвздошной кишки. Была проведена операция и установлен диагноз «Тифлит, терминальный илеит», к области инфильтрата установлен дренаж. Течение послеоперационного периода без особенностей, заживление раны первичным натяжением. В дальнейшем у пациентки имели место 5 госпитализаций, связанных с болями высокой интенсивности в правой подвздошной области, после соответствующего лечения отмеченные жалобы возобновлялись. Настоящее ухудшение в течение последних 3 недель.

Анамнез жизни

Родилась в двойне, росла и развивалась правильно. По характеру живая, общительная, веселая. Стремилась во всем опередить сестру-близнеца, была любимицей у родителей, В школе успевала удовлетворительно, занималась бальными танцами, любила эстрадную музыку. Менструации с 13 лет,

регулярные, в предменструальный период отмечает неустойчивое настроение. После школы поступила на вечернее отделение института, факультет по подготовке менеджеров. В настоящее время учится и работает в системе МЧС. Считает себя больной около 2 лет и связывает свое заболевание с проведенной аппендэктомией. После лечения в хирургическом отделении и последующих операций постоянно беспокоили боли в правом подреберье, иррадиирующие в бедро, нарушился сон, начала ежедневно принимать анальгетики. В дальнейшем появилось ощущение жара кожи лица и субфебрильная температура. У нее и ее родителей возникло подозрение, что операция была проведена неверно, при последующих госпитализациях ставили диагноз спаечной болезни. В связи с плохим самочувствием больная была госпитализирована в гастроэнтерологический стационар с подозрением на наличие у нее болезни Крона.

Объективный статус

Больная выглядит испуганной, настроение ее снижено, постоянно жалуется на боли в правом боку, иррадиирующие в ногу, не спит ночами, постоянно измеряет температуру. В отделение она почти все время лежит в постели, убеждена, что серьезно больна неизвестным заболеванием. В связи с жалобами на боли в ноге была консультирована неврологом, диагноз: болезнь Рота (ятрогения вследствие операции и повреждения наружного кожного нерва бедра).

Необходимыми для постановки диагноза (выявление процесса воспаления) лабораторными методами обследования являются анализ крови

- F45.4
- F45.31
- F45.3
- F45.30

Результаты обследования

Анализ крови клинический

Без патологии

Анализ крови биохимический

Без патологии

Анализ крови на содержание гормонов щитовидной железы

В пределах референсных значений.

Анализ крови на содержание витамина D

В пределах референсных значений.

Анализ крови на содержание витамина В 12

В пределах референсных значений.

Анализ крови на содержание лептина

В пределах референсных значений.

К необходимым для постановки диагноза (выявление воспалительного заболевания кишечника) инструментальным методам обследования относят

- F45.4
- F45.31
- F45.3
- F45.30

Результаты обследования

ЭГДС

Нормальная эндоскопическая картина

Колоноскопия

Патологических изменений в толстой кишке не выявлено.

МРТ головного мозга

Без отклонений от нормы

ЭЭГ биотоков мозга

Признаков патологической активности не выявлено

Суточное мониторирование сердечного ритма

Нарушений ритма и проводимости не зарегистрировано.

Эхокардиография

Сократительная функция не снижена, камеры сердца не расширены, клапанный аппарат без патологии.

Учитывая данные клинического и параклинических исследований, а также результаты психиатрического обследования, больной можно поставить диагноз

- F45.4
- F45.31
- F45.3
- F45.30

Диагноз

Синдром раздраженного кишечника

Болезнь Крона

Неспецифический язвенный колит

Синдром функциональной диспепсии

По этиологии данное заболевание вероятнее всего относится к

- соматогенному заболеванию
- расстройству адаптации
- органическому психическому расстройству
- шизотипическому расстройству

В соответствие с критериями МКБ-10, больной следует поставить диагноз

- Синдром раздраженного кишечника (СРК)
- Органическое личностное расстройство
- Депрессивный эпизод
- Истерическое расстройство личности

У больной имеются симптомы невротического расстройства, в том числе

- болезнь Крона
- соматоформная вегетативная дисфункция
- язвенный колит
- невроз навязчивых состояний

Пациентка нуждается в лечении с применением

- соматотропной терапии
- лечебной физкультуры
- физиотерапии
- психофармакотерапии

Лечение должно проводиться в

- гастроэнтерологической клинике
- психиатрическом стационаре при участии консультанта гастроэнтеролога
- ПНД
- районной поликлинике

Лечение следует проводить в течение не менее

- 1 месяца
- 2 недель
- 6 месяцев
- 5 недель

Шифр расстройства в соответствии с МКБ-10

- F45.0
- F45.2
- F45.3
- F45.1

При предположении врачами-интернистами наличия у пациента психического расстройства целесообразна организация консультации врача

- невролога
- вегетолога
- эндокринолога
- психиатра

Функциональные (психосоматические) расстройства в общей медицине целесообразно лечить с участием врача

- невролога
- вегетолога
- эндокринолога
- психиатра

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 37 лет направлен на консультацию кардиологом в связи с несоответствием жалоб данным проведенного обследования и неэффективностью проводимой терапии.

Жалобы

На неприятные ощущения в животе, подъемы артериального давления до 170/100 мм рт. столба, протекающие с ощущением страха за здоровье и жизнь, паникой. Похолодание и онемение пальцев рук.

Анамнез заболевания

Заболел около 3 недель назад, когда появилось необъяснимое и неприятное

ощущение в животе в виде «напряжения». Это ощущение возникало утром при пробуждении, далее на работе на фоне стресса возникла головная боль, которая не прошла после приема анальгетика, напротив, усилилась, возник страх и тревога. Была вызвана Скорая медицинская помощь, врачи констатировали подъем АД до 150/90 мм рт. ст., пациенту было рекомендовано принимать гипотензивные препараты и обратиться к кардиологу. С этого времени у пациента нарушился сон (трудности засыпания), практически ежедневно вызывал Скорую помощь и обратился к кардиологу. Ему было проведено обследование в соответствии со стандартами при подозрении на гипертоническую болезнь и был установлен диагноз «Нейроциркуляторная дистония».

Анамнез жизни

Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Рос физически здоровым. По характеру с детских лет малообщительный, любил мечтать, наблюдать. В школе успевал хорошо, преимущественно на отличные оценки. Оставался замкнутым, отгороженным, имел лишь одного друга. С детских лет любил спорт, занимался плаванием, катался на лыжах. После окончания школы поступил в Энергетический институт, который успешно закончил. Вредных привычек не имеет. С юношеского возраста стал заботиться о состоянии своего здоровья: ведет здоровый образ жизни, много времени проводил на природе. Не женат, эпизодически были короткие увлечения, но жениться не собирается. Живет один, родителей регулярно навещает, свободное время посвящает прогулкам или просмотру фильмов. К работе относится чрезвычайно ответственно, выполняет обязанности сметчика в строительной кампании. Со слов пациента его работа очень сложная, всегда с тревогой выполняет предъявляемые к нему требования. Перед развитием отмеченных жалоб со слов пациента был «незначительный стресс» на работе.

Объективный статус

Заключение кардиолога «Нейроциркуляторная дистония».

Психическое состояние. В беседе доступен контакту, на вопросы отвечает коротко, по существу, описывает состояния страха за жизнь в связи с высоким давлением, страх инсульта, инфаркта, вызывает СМП, однако после ухода врачей давление вновь поднимается. Описывает нарушение засыпания, мучительно долго размышляет о возможных исходах заболевания. Утром просыпается задолго до звонка будильника, самочувствие при этом плохое, испытывает тревогу, слабость, с трудом справляется с работой. Настроение его неустойчивое, преобладает сниженное настроение с тревогой и страхом за здоровье, настроен на проведение терапии. С критикой оценивает свое

состояние, интеллектуально сохранен. Мышление замедленное по темпу, выявляются реакции тревоги.

Необходимыми для постановки диагноза кардиологом является исключение

- невролога
- вегетолога
- эндокринолога
- психиатра

Результаты обследования

Симптоматическая артериальная гипертензия

Диагноз отвергнут.

Эссенциальная артериальная гипертензия

Диагноз отвергнут

Митральный порок

Диагноз отвергнут

Хронический тонзиллит

Диагноз отвергнут

Кардиомиопатия

Диагноз отвергнут

Ишемическая болезнь сердца

Диагноз отвергнут

Консультация психиатра данному пациенту проводится

- при наличии письменного согласия жены пациента
- даже при отсутствии письменного согласия пациента
- только по решению суда
- только при наличии письменного согласия пациента

Учитывая данные настоящего обследования кардиологического, лабораторного, инструментального, а также анализ его психического состояния, больному можно поставить диагноз

- при наличии письменного согласия жены пациента
- даже при отсутствии письменного согласия пациента
- только по решению суда
- только при наличии письменного согласия пациента

Диагноз

Умеренно выраженный депрессивный эпизод

Генерализованное тревожное расстройство

Недифференцированное соматоформное расстройство

Диссоциативные двигательные расстройства

Состояние пациента определяется

- синдромом сверхценной ипохондрии
- обсессивно-фобическим синдромом
- синдромом генерализованной тревоги
- депрессивно-ипохондрическим синдромом

Лечение пациента правильно начинать с назначения

- психофармакотерапии
- соматотропной терапии
- когнитивной психотерапии
- нетрадиционных методов терапии

Выявленное психическое расстройство относится к кругу расстройств

+ _____ + спектра

- личностного
- аффективного спектра
- шизофренического
- биполярного

По этиологии данное расстройство вероятнее всего относится к

- соматогенным
- экзогенным
- эндогенным
- экзогенно-органическим

Для профилактики рецидива заболевания пациенту целесообразно назначение препарата из группы

- гипотензивных

- транквилизаторов
- нормотимиков
- бета-блокаторов

Терапию представленному пациенту следует проводить в среднем не менее

- 2 месяцев
- 4 недель
- 36 месяцев
- 12 месяцев

Шифр выявленного расстройства в соответствии с критериями МКБ-10

- F32.2
- F33.2
- F33.0
- F32.1

При предположении врачей-интернистов наличия у пациента психического расстройства целесообразно организовать консультацию врача

- невролога
- психиатра
- вегетолога
- эндокринолога

Функциональные (психосоматические) расстройства в общей практике целесообразно лечить при участии врача

- невролога
- психиатра
- вегетолога
- эндокринолога

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 61г направлена на консультацию гастроэнтерологом в связи с несоответствием жалоб пациентки данным объективного обследования.

Жалобы

На слабость, неустойчивый стул, вздутие живота, периодически тошноту,

изжогу, сниженный аппетит, чувство тяжести и боли в верхней половине живота.

Анамнез заболевания

Считает себя больной около 3 лет, когда впервые появились боли по ходу и кишечника и в верхней половине живота. Несколько раз в году беспокоили приступы тошноты и рвоты, поносы, повышение температуры до 38С. Лечили амбулаторно с положительным эффектом. Через 2 года в ситуации эмоционального напряжения (ухаживала за мужем после оперативного лечения) возникли отмеченные жалобы в связи с которыми обратилась на консультацию и была стационарирована в гастроэнтерологическую клинику.

Анамнез жизни

Бабушка по л/м страдала шизофренией, родители были здоровыми, по характеру уравновешенными. Пациентка росла здоровой, по характеру с детских лет застенчивая, малообщительная, тревожно-мнительная. Адаптировалась в различных ситуациях с трудом. Училась хорошо. Менструации с 13 лет с выраженным предменструальным синдромом в виде неустойчивого настроения, слезливости, нарушений сна. Закончила биофак МГУ, по специальности генетик, занималась научной работой. Замужем с 25 лет, семейная жизнь сложилась хорошо, от брака имеет взрослого сына. Считает себя больной с 30 лет, когда в связи с семейными обстоятельствами сменила работу и начала преподавать в медицинском училище. С трудом адаптировалась, нарушился сон, беспокоила тревога, снизились настроение и активность, постоянно испытывала неуверенность в себе, работала с трудом. Обратилась за медицинской помощью и лечилась амбулаторно у психиатра по поводу депрессии около 3 месяцев с успехом. После перенесенной депрессии расстройства настроения носят сезонный характер, описывает легкие депрессии и подъемы настроения. При развитии депрессии начальные ее проявления выражаются болями и дискомфортом в животе, поносами, после стихания этих симптомов выявляется астеническая депрессия. В такие периоды всегда обращается к гастроэнтерологам, в возрасте 42 лет на фоне формирования депрессии ей провели операцию холецистэктомии. Ранней осенью, как правило, становится оптимистичной, деятельной, все успевает, меньше спит, т.к. «жаль времени на сон». Это состояние сменяется ровным настроением. Ухудшения самочувствия обычно весной.

Объективный статус

Заключение гастроэнтеролога: на основании данных клинического, лабораторного и эндоскопического обследования установлен диагноз синдрома раздраженного кишечника с болями и метеоризмом и синдромом функциональной диспепсии.

Психическое состояние. Настроение снижено, беседует неохотно, на вопросы отвечает по существу. Несколько раз извиняется за то, что с ней «много хлопот» испытывает из-за этого чувство неловкости. Подробно описывает динамику состояния: вначале понос, снижение аппетита, боли в животе, нарушения сна с ранними пробуждениями, снижение веса. Гастроэнтерологические препараты не эффективны. Отмечает, что хуже чувствует себя утром, а к вечеру оживляется, может с удовольствием поесть и сделать домашние дела. В процессе беседы становится активнее, эмоциональные реакции адекватные, критически оценивает свое состояние. Настроена на терапию депрессии, подчеркивает, гастроэнтерологические симптомы всегда вызывают тревогу и дезориентируют и ее и врачей. Так в связи с развитием депрессии и актуальными диспептическими жалобами настояла на проведении операции холецистэктомии.

Для назначения консультации психиатра пациентке, находящейся в гастроэнтерологической клинике

- согласие пациентки не обязательно
- требуется решение суда
- необходимо письменное согласие больной
- требуется письменное согласие мужа больной

Психическое состояние пациентки определяется

- тревожно-фобическими расстройствами
- личностным расстройством истерической структуры
- синдромом соматизированной депрессии
- генерализованной тревогой

Учитывая данные гастроэнтерологического обследования, а также с учетом анализа анамнеза, психического состояния пациентки ей можно поставить диагноз

- тревожно-фобическими расстройствами
- личностным расстройством истерической структуры
- синдромом соматизированной депрессии
- генерализованной тревогой

Диагноз

Циклотимия

Рекуррентное депрессивное расстройство

Пролонгированная депрессивная реакция

Шизоаффективное расстройство

При лечении данного расстройства необходимо применение

- соматотропной терапии
- психофармакотерапии
- диетотерапии
- различных вариантов психотерапии

Решение о длительности лечение выявленного расстройства должно быть индивидуальным, в среднем до

- 12 месяцев
- 8 месяцев
- 6 месяцев
- 3 лет

Течение выявленного расстройства является

- волнообразным
- поступательно-прогредиентным
- рекуррентным
- непрерывным

Одним из расстройств в психическом состоянии пациентки является

- конверсионное расстройство
- соматоформная вегетативная дисфункция
- нарушение пищевого поведения
- обсессивно-компульсивное расстройство

Выявленное расстройство относится к категории

- аффективных
- шизофренического спектра

- невротическим и соматоформным расстройствам
- органическим психическим расстройствам

Циклотимия по своему происхождению является _____ заболеванием

- эндогенным
- психогенным
- личностным
- соматогенным

Шифр выявленного расстройства в соответствии с МКБ-10

- F33.0
- F32.0
- F33.1
- F34.0

При предположении врачами-интернистами наличия у пациента психического расстройства целесообразна организация консультации врача

- эндокринолога
- невролога
- вегетолога
- психиатра

Функциональные (психосоматические) расстройства в общей медицине целесообразно лечить с участием врача

- эндокринолога
- невролога
- вегетолога
- психиатра

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 36 лет находится в отделении общей терапии на обследовании по поводу субфебрилитета неинфекционного происхождения.

Жалобы

На мышечные подергивания и боли при часто возникающем подъеме температуры тела до 37,2-37,3°C.

Анамнез заболевания

Считает себя больной около 3 месяцев, когда возникли отмеченные жалобы после болезни мужа.

Анамнез жизни

Наследственность не отягощена. Росла здоровой, по характеру общительная, эмоционально лабильная, впечатлительная, мнительная, особенно в отношении своего здоровья. Училась всегда хорошо, закончила МГУ, факультет журналистики, работает в крупном издательстве. Замужем с 25 лет, отношения в семье хорошие, имеет сына 9 лет. Беременность и роды проходили без осложнений. Около года назад тяжело заболел муж пациентки, у него подозревали БАС, обследовали, диагноз не подтверждали, но и не отвергали. Тяжело переживала сложившуюся ситуацию, полностью погрузилась в изучение симптомов БАС и особенностей его течения. Настроение было неустойчивым и колебалось от состояния полного отчаяния до эйфории. Много читала по теме болезни, искала специалистов, периодически из-за тревоги не могла заснуть. Тем временем в ходе обследования у мужа пациентки была диагностирована опухоль средостения и ему была успешно проведена операция. Состояние и самочувствие мужа пациентки в настоящее время удовлетворительные, он возобновил работу. Пациентка в последние 3 месяца стала чувствовать себя плохо. Появилась слабость, возник страх, что она может заболеть БАСом, страх возник параллельно с неприятными ощущениями подергивания и судорог в икроножных мышцах. Обратилась к неврологам с отмеченными жалобами, диагноз был отвергнут сразу, но пациентка настояла на проведении миографии. В дальнейшем начала измерять температуру тела и отметила ее повышение во вторую половину дня до субфебрильных цифр, повышенная температура держится около 2 часов и нормализуется. Пациентка решила провести полное обследование и настояла на госпитализации.

Объективный статус

При обследовании в терапевтическом отделении каких-либо заболеваний не выявлено, диагноз: нейроциркуляторная дистония (термоневроз).

Психическое состояние. В беседе эмоционально лабильна, с волнением рассказывает о драматической ситуации в семье в связи с болезнью мужа. Не может успокоиться до настоящего времени. Подробно рассказывает о собственном диагностическом поиске причин, симптомов и терапии БАС. С тревогой сообщает, что страх заболеть этим тяжелым заболеванием не оставляет ее. Поэтому решила на обследование в разных клиниках, чтобы не пропустить возникновение болезни. В процессе беседы становится спокойнее, внимательно выслушивает доводы врача. Соглашается, что ситуация болезни у ее мужа оказалась для нее катастрофической. Не могла справиться со своими

переживаниями, испытывала отчаяние. В настоящее время понимает, что ее переживания имели болезненный характер, настроена на стабилизацию своего психического состояния.

Психическое состояние пациентки определяется

- синдромом хронической усталости
- диссоциативным расстройством
- синдромом соматоформной вегетативной дисфункции
- посттравматическим стрессовым расстройством

В структуре синдрома также имеются + _____ + расстройства

- шизоидные
- ипохондрические
- истероидные
- параноидные

Учитывая данные соматического, неврологического, психиатрического обследования, инструментальных и лабораторных данных, больной можно поставить диагноз

- шизоидные
- ипохондрические
- истероидные
- параноидные

Диагноз

Расстройство адаптации

Невроз навязчивых состояний

Рекуррентное депрессивное расстройство

Умеренно выраженный депрессивный эпизод

Психиатрическое освидетельствование данной пациентки проводится

- даже при отсутствии письменного согласия пациентки
- только при наличии письменного согласия мужа пациентки

- только при наличии письменного согласия родителей пациентки
- только при наличии письменного согласия пациентки

Для лечения данной пациентки применяют

- соматотропную терапию
- соматотропную терапию и психотерапию
- нейротропную и соматотропную терапию
- комплексную психофармакотерапию

Терапия выявленного расстройства должна продолжаться в течение + _____ + месяцев

- 2
- 6-12
- 4
- 5

Терапию выявленного расстройства следует проводить психиатру/психотерапевту

- в неврологическом стационаре
- амбулаторно (в поликлинике)
- в терапевтическом стационаре
- стационарно (в психиатрическом стационаре)

Дифференциальный диагноз данной пациентки следует проводить с

- рекуррентным депрессивным эпизодом
- биполярным расстройством 2 типа
- шизотипическим расстройством
- депрессивным эпизодом

Выявленное расстройство по МКБ-10 относится к

- ананкастному личностному расстройству
- расстройству адаптации
- генерализованному тревожному расстройству
- рекуррентному депрессивному расстройству

Указанное расстройство относится к кругу + _____ + расстройств

- органических

- невротических
- неврологических
- эндогенных

При предложении врачами –интернистами наличия у пациента психического расстройства целесообразна организация консультации врача

- психиатра
- невролога
- эндокринолога
- вегетолога

Функциональные (психосоматические) расстройства в общей медицине целесообразно лечить при участии врача

- психиатра
- невролога
- эндокринолога
- вегетолога

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Ирина К. 36 лет обратилась за помощью к психиатру консультативно-диагностического отделения одна добровольно.

Жалобы

На ощущение воздействия «микротоками», тревогу, бессонницу.

Анамнез заболевания

Психическое состояние изменилось 5 дней назад после прослушивания нейромюзыки на Яндексe – «начали вибрировать телефон и кровать», появились «покалывания» в теле. Считает, что таким образом ей «помогают справиться со стрессом».

На фоне конфликта на работе 6 месяцев назад нарушался сон, казалось, что ей добавили в еду наркотическое вещество.

Год назад «все перемешалось в голове», появилось ощущение, что «мир менялся». Ходила на улице без обуви. Обращалась к священнику в церкви, чтобы «снять порчу».

Состоит на учете в ПНД.

Принимала рисперидон, хлорпротиксен, амитриптилин, эсциталопрам. Прекратила прием препаратов 6 месяцев назад из-за прибавки массы тела, нарушения менструального цикла.

Анамнез жизни

Наследственность отягощена. Отец страдает алкоголизмом, был судим за убийство.

Родилась в срок с врожденной косолапостью. Развивалась с опережением. Посещала ясли непродолжительное время – отказывалась оставаться, плакала. Много времени проводила с бабушкой и дедушкой. С детьми общалась неохотно.

Родители разведены. С 12 лет воспитывалась отчимом.

В школу пошла с 6 лет. Учеба давалась легко. Было много пропусков занятий в школе по болезни. Отношения со сверстниками не складывались. Одноклассники оскорбляли из-за избыточного веса. Конфликты нередко заканчивались драками.

После 9 класса поступила в колледж, получила специальность парикмахера. Училась в строительном университете, была отчислена с 3 курса. Работала администратором, продавцом, менеджером. Последние 3 года часто меняет места работы. Не работает около 4 месяцев.

Замужем с 26 лет. Развелась в 2019 г. Имеет сына.

В анамнезе ларингит, тонзиллит, пневмония. Аллергия на цитрусовые.

Перенесла травму головы в детстве, медицинскую помощь не получала.

Оперирована по поводу косолапости в раннем возрасте.

Месячные с 13 лет, нерегулярные. Беременностей – 3, роды – 1, аборт – 2.

Рост – 170 см, вес – 77 кг. Снизила вес на 3 кг за 6 месяцев

Алкоголем не злоупотребляет.

Проживает с сыном. Посещает ночные клубы. Знакомится с мужчинами на сайтах знакомств.

Объективный статус

Психический статус: Сознание ясное. Ориентирована верно в месте, времени, собственной личности. Возбуждена. Говорит громко. Считает, что на нее воздействуют «токами», чтобы «помочь справиться со стрессом». Часто теряет нить разговора, переключается на другие темы. Многословна. Мышление нечеткое. Эмоционально неадекватна. К состоянию не критична.

У пациентки можно предположить диагноз

- психиатра
- невролога
- эндокринолога
- вегетолога

Диагноз

Параноидная шизофрения

Шизотипическое расстройство

Шизоаффективное расстройство

Острое полиморфное психотическое расстройство

Ведущим синдромом в клинической картине является

- Кандинского-Клерамбо
- Котара
- Капгра
- Ганзера

**Клиническая картина в данном случае определяется + _____ +
автоматизмами**

- сенсорными
- ассоциативными
- двигательными

- идеаторными

Для оценки пациентов с шизофренией используется шкала

- Кови
- Янга
- _PANSS_
- Гамильтона

Базовым препаратом для лечения шизофрении является

- транквилизатор
- антидепрессант
- стабилизатор настроения
- антипсихотический препарат

Препаратами первого ряда выбора в данном случае являются нейролептики с преимущественным + _____ + действием

- дезингибирующим
- антигаллюцинаторным
- седативным
- инцизивным

К атипичным нейролептикам не относится

- кветиапин
- сульпирид
- рисперидон
- оланзапин

Продолжительность этапа купирующей терапии при шизофрении составляет

- 4-8 недель
- 3-6 месяцев
- 2-4 недели
- 1-3 месяца

Основанием для госпитализации в психиатрический стационар пациента с шизофренией является + _____ + симптоматика

- негативная
- психотическая

- неврозоподобная
- психопатоподобная

Распространенность шизофрении по данным эпидемиологических исследований составляет + _____ + %

- 0,3-0,5
- 2,0-3,0
- 1,0-2,5
- 0,8-1,0

Предполагается, что негативная симптоматика при шизофрении обусловлена в первую очередь нарушением обмена

- ГАМК
- серотонина
- дофамина
- ацетилхолина

Основанием для установления за пациентом психиатрического диспансерного наблюдения является

- ГАМК
- серотонина
- дофамина
- ацетилхолина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Дмитрий П., 17 лет обратился за помощью к психиатру в консультативно-диагностическое отделение добровольно в сопровождении дедушки.

Жалобы

Предъявляет жалобы на зрительные обманы восприятия – «шары», «мозаику», ощущение замедления времени, тревогу, трудности засыпания, ранние пробуждения, сонливость днем, мастурбацию до нескольких раз в день, раздражительность, «дискомфорт в голове».

Со слов дедушки может часами «разглагольствовать».

Анамнез заболевания

Под наблюдением психиатра с 4-х лет, когда появились зрительные галлюцинации. Был гиперактивным ребенком. Страдал энурезом. Писал стихи. Занимался рисованием в изостудии. «Одно время хотел стать девочкой». Посещал коррекционный детский сад. В возрасте 14 лет снизилось настроение, возникали суицидальные мысли, была мышечная скованность, заторможенность. Ранее были «голоса», которые «приказывали», «заставляли делать различные вещи».

Неоднократно госпитализировался в ПБ, последняя выписка в 05.2014 г. Инвалид по психическому заболеванию с детства. Получал оланзапин, галоперидол, рисперидон, амисульприд, кветиапин, людимиол, карбамазепин, венлафаксин. Прекратил прием препаратов в 09.2014 г., т.к. не видел эффекта. Периодически принимает феназепам.

Анамнез жизни

Наследственность отягощена. Мать состоит на учете у психиатра с диагнозом шизофрении, имеет группу инвалидности. Отец злоупотребляет алкоголем. У двоюродного брата по линии матери – аутизм.

Мать родила пациента вне брака. Проживает с матерью и дедушкой.

В анамнезе простудные заболевания, травма головы в возрасте 6 лет.

Операции, аллергические реакции отрицает.

Объективный статус

Психический статус: Сознание ясное. Ориентирован верно. Обманы восприятия на момент осмотра отрицает, поведением не обнаруживает. Выглядит младше своего возраста. Суждения поверхностные. Речь монологом. Обстоятелен. Склонен к резонерству. Эмоционально неадекватен. Экзальтирован. Запас знаний соответствует возрасту, полученному образованию. Речь правильная. Критика к состоянию неполная.

Выраженность позитивных и негативных симптомов при шизофрении оценивается шкалой

- _PANSS_
- _UKU_
- _BDI_
- _ESRS_

Для выявления нарушений мышления у пациентов при экспериментально-психологическом исследовании используется методика

- таблицы Шульте
- малая предметная классификация
- тест Струпа
- корректурная проба

У пациента можно предположить диагноз

- таблицы Шульте
- малая предметная классификация
- тест Струпа
- корректурная проба

Диагноз

Детская шизофрения

Смешанное расстройство школьных навыков

Гиперкинетическое расстройство

Смешанное расстройство эмоций и поведения

При параноидной форме шизофрении у детей выявляются

- расстройства поведения
- негативные симптомы
- расстройства восприятия и нарушения мышления
- кататонические расстройства

К негативным симптомам при шизофрении относят

- галлюцинации
- бред
- апатию
- навязчивость

Основной группой препаратов, применяемых для лечения шизофрении у детей, являются

- стабилизаторы настроения
- антипсихотики
- антидепрессанты
- ноотропы

Антипсихотический эффект, как правило, достигается спустя + _____ + терапии

- 2 недели
- 1 неделю
- 24 часа
- 48 часов

При преобладании в структуре психоза у детей галлюцинаторно-бредовых расстройств препаратом выбора является

- кветиапин
- амисульприд
- рисперидон
- сертиндол

Атипичный антипсихотический препарат, неразрешенный к использованию у детей до 15 лет, -это

- оланзапин
- палиперидон
- рисперидон
- клозапин

Общая распространенность шизофрении в популяции составляет + ___ + %

- 0,7
- 5,3
- 3,2
- 2,5

Мужчины болеют шизофренией в + __ + раза чаще женщин

- 1,8
- 2,0
- 1,4
- 2,5

Развитие шизофренического расстройства в первую очередь обусловлено

- 1,8
- 2,0
- 1,4
- 2,5

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 73 лет обратилась за помощью к психиатру в консультативно-диагностическое отделение в сопровождении сына.

Жалобы

Предъявляет жалобы на снижение памяти на прошлые и текущие события, рассеянность внимания, общую слабость, трудности засыпания, плаксивость, раздражительность, головные боли, шум в ушах, головокружение при перемене положения тела, трудности передвижения, нарушение чувствительности в правой половине тела.

Анамнез заболевания

Ухудшение памяти в течение 5 лет после нарушения мозгового кровообращения. Обращалась за помощью к терапевту, неврологу. Получала сосудистые препараты курсами, эффект незначительный. Со слов сына тяжело усваивает новую информацию, плохо ориентируется на улице. Месяц назад потерялась во время прогулки, не могла найти дорогу домой. Перестала следить за порядком в доме, готовить, стала беспомощной, неопрятной. Не узнает родственников, которых давно не видела.

Анамнез жизни

* Образование высшее педагогическое. Работала учителем в школе до 68 лет. Инвалид 3 группы. Вышла замуж в 23 года. Имеет двоих детей. Овдовела год назад.

* Перенесла ОНМК 5 лет назад. Страдает артериальной гипертензией. Принимает гипотензивные препараты, антикоагулянты. Оперирована по поводу желчекаменной болезни 5 лет назад. В анамнезе травма головы в 43 года, лечилась стационарно.

Объективный статус

Психический статус: Волосы растрепаны. Лицо асимметричное. Речь смазанная. Не может назвать текущую дату. В месте, собственной личности

ориентирована верно. Называет правильно фамилию, имя, отчество. Дату рождения не может вспомнить. Не воспроизводит даты биографии. Выглядит растерянной. Ищет поддержки у сына. В беседе несколько раз спрашивает имя и отчество врача. Обманы восприятия отрицает, поведением не обнаруживает. Быстро истощается. Плаксива. Критики к состоянию нет.

Для диагностики органического психического расстройства используется

+ _____ + метод

- токсикологический
- инструментальный
- генетический
- иммунологический

Когнитивные функции оцениваются с помощью шкалы

- Гамильтона
- _mini-mental state examination (MMSE)_
- Спилберга
- Янга _(YMRS)_

Диагностическим критерием сосудистого поражения головного мозга на КТ/МРТ являются

- кисты
- инфаркты
- аневризмы
- гематомы

У пациентки можно предположить диагноз

- кисты
- инфаркты
- аневризмы
- гематомы

Диагноз

Сосудистая деменция

Легкое когнитивное расстройство

Органическое аффективное расстройство

Органическое астеническое расстройство

Ведущим синдромом в клинической картине является

- депрессивный
- психоорганический
- астенический
- амнестический

Вариант психоорганического синдрома в данном случае можно определить как

- астенический
- эйфорический
- эксплозивный
- апатический

К неврологическим расстройствам при сосудистой деменции не относится

- затылочная ригидность
- гемипарез
- дизартрия
- симптом Бабинского

Для коррекции когнитивных расстройств применяются

- аминокислоты
- ингибиторы ацетилхолинэстеразы
- ноотропы
- ангиопротекторы

Нейрометаболические препараты не оказывают + _____ + действия

- психостимулирующего
- мнемотропного
- антипсихотического
- ноотропного

Когнитивный тренинг в целях реабилитации эффективен в случае _____ деменции

- глубокой
- умеренной
- легкой
- тяжелой

Распространенность деменции среди лиц старше 65 лет составляет + ____ + %

- 1-3
- 2-4
- 5-12
- 15-17

Основной причиной сосудистой деменции является

- 1-3
- 2-4
- 5-12
- 15-17

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Сергей М., 36 лет обратился за помощью к психиатру в консультативно-диагностическое отделение добровольно.

Жалобы

Предъявляет жалобы на ночные пробуждения, короткий сон, раздражительность, слабость, снижение интереса, замкнутость. «Перепроверяет себя – закрыл ли двери». Периодически возникает ощущение, что окружающие его осуждают.

Анамнез заболевания

Ухудшение психического состояния в течение 6 месяцев на фоне стресса – нарушился сон, снизилось настроение, пропал аппетит, потерял в весе около 10 кг.

Принимает клозапин в дозе 50 мг/сут. Ранее получал хлорпромазин, левомепромазин, положительного эффекта не было.

Состоит на учете в ПНД по месту жительства.

Нарушения поведения с 14 лет – прогуливал занятия в школе, время проводил в компании асоциальных подростков, проявлял агрессию. Госпитализировался в психиатрическую больницу 5 раз.

В юношеском возрасте эпизодически употреблял амфетамин. Злоупотреблял алкоголем до 26 лет. Отмечались алкогольные эксцессы продолжительностью до 5 дней. Сформирован похмельный синдром. Состоял на учете у нарколога. Последняя госпитализация в психиатрическую больницу 10 лет назад, когда на фоне синдрома отмены алкоголя «что-то казалось», «слышались различные звуки». После выписки алкоголь и наркотические вещества не употребляет.

Анамнез жизни

Наследственность отягощена – отец страдает шизофренией, имеет группу инвалидности по психическому заболеванию, ранее злоупотреблял алкоголем. Сестра в детском возрасте отказывалась посещать школу, обучалась на дому. Брат обращался за помощью к психиатру по поводу панических состояний.

Средний ребенок из 3-х детей. Воспитывался в полной семье. Родители часто конфликтовали. Родился в срок. Развивался по возрасту. Посещал детский сад с 3-х лет. Рос «нервозным». Испытывал страхи. Отмечались нарушения сна.

В школу пошел с 7 лет. Желания учиться не было. Успевал слабо. Дублировал 6 и 8 классы. Состоял на учете в инспекции по делам несовершеннолетних.

После 9 класса закончил ПТУ по специальности автомеханик. Работает охранником. Стаж работы около 10 лет.

Женат не был. Проживает с родителями.

В анамнезе гастрит, ревматизм. Дважды перенес черепно-мозговые травмы, лечился стационарно.

Аллергия на пыльцу растений.

Судорожные припадки, обмороки отрицает.

Рост – 182 см, вес – 70 кг.

Объективный статус

***Психический статус*:** В контакт вступает постепенно. Напряжен. Избегает визуального контакта. Сознание ясное. Ориентирован полностью в месте, времени, собственной личности. Обманы восприятия на момент осмотра отрицает, поведением не обнаруживает. Мышление в обычном темпе. На вопросы отвечает односложно. Переживаний до конца не раскрывает. Запас знаний соответствует полученному образованию. Память без грубой патологии. Эмоционально снижен. Мимика бедная. Быстро истощается. Аутичен. Критика к состоянию неполная.

Основным методом диагностики данного расстройства является

- психометрический
- клинический
- инструментальный
- лабораторный

Для данного расстройства характерны, в первую очередь, нарушения

- интеллекта
- внимания
- мышления
- памяти

У пациента можно предположить диагноз

- интеллекта
- внимания
- мышления
- памяти

Диагноз

Шизотипическое расстройство

Расстройство адаптации

Депрессивный эпизод

Органическое расстройство личности и поведения

Психическое расстройство у пациента начиналось с симптоматики

- неврозоподобной
- аффективной
- психопатоподобной
- негативной

К негативным симптомам в рамках шизофрении относят

- обсецию
- апатию
- инсомнию
- депрессию

Пациенту в первую очередь рекомендовано назначение

- транквилизатора
- антидепрессанта
- нейролептика
- стабилизатора настроения

Антипсихотическим препаратом с преимущественно стимулирующим (дезингибирующим) действием не является

- сульпирид
- пимозид
- хлорпромазин
- амисульприд

Атипичные антипсихотические препараты чаще вызывают

- увеличение массы тела
- гипотонию
- акатизию
- седацию

Для коррекции нейролептической гиперпролактинемии рекомендуется назначение

- бромокриптина
- сибутрамина
- амантадина

- орлистата

Антипсихотические препараты второго поколения по сравнению с препаратами первого поколения реже вызывают

- экстапирамидные расстройства
- седацию
- гипотонию
- гипергидроз

Наибольший риск удлинения интервала QT и нарушения сердечного ритма отмечается при назначении

- рисперидона
- кветиапина
- галоперидола
- сертиндола

Для шизотипического расстройства характерен + _____ + тип течения

- рисперидона
- кветиапина
- галоперидола
- сертиндола

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Гизо К., 55 лет обратился за помощью к психиатру консультативно-диагностического отделения добровольно в сопровождении брата.

Жалобы

Предъявляет жалобы на сниженное настроение, тревогу, чувство страха, скованность в теле, заторможенность, навязчивые мысли и воспоминания негативного характера, трудности засыпания, дрожь в теле, неусидчивость, рассеянность внимания.

Большую часть времени проводит в постели. Из дома выходит редко. За внешним видом не следит. Инициативы в общении не проявляет.

Анамнез заболевания

Психическое состояние ухудшилось 4 месяца назад. Психически болен с 23 лет.

Состоит на учете в ПНД по месту жительства. В анамнезе периоды сниженного и повышенного настроения, достигающие психотического уровня.

Госпитализировался в НМИЦ ПН им. Бехтерева в 1991 г., в НЦПЗ в 2019 г.

Трижды предпринимал суицидальные попытки – ножевое ранение в шею в 1997 г., медикаментозные отравления в 2018 г. и 2022 г.

Принимал зуклопентиксол, галоперидол, хлорпромазин, кветиапин, лития карбонат. На фоне терапии отмечались двигательные расстройства, прибавка массы тела.

Анамнез жизни

Наследственность отягощена. Тетя по линии матери страдает депрессией, неоднократно госпитализировалась в психиатрическую больницу.

Младший из двух детей. Имеет брата. Родился в срок с желтухой. Развивался с опережением. Рос активным. Боялся темноты. В школу пошел с 6 лет. Учился отлично. Имел друзей. Увлекался танцами. Образование высшее юридическое. Занимался предпринимательской деятельностью. Не работает 4 года. Женится в возрасте 53 лет. Детей нет.

В анамнезе гепатит С. В 2018 г. перенес нарушение мозгового кровообращения. Наблюдается неврологом.

ЧМТ, операции, аллергические реакции отрицает.

Рост – 178 см, вес – 92 кг.

Алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

Психический статус: Психический статус: Сознание ясное. Полностью ориентирован в месте, времени, собственной личности. Обманы восприятия отрицает, поведением не обнаруживает. На месте не удерживается – то встает, то садится. Потягивается. Просит разрешить ходить по кабинету. Не брит. Волосы грязные. Одет неряшливо. Настроение снижено. Выражение лица страдальческое. Напряжен. На вопросы отвечает односложно. Инициативы в беседе не проявляет. На большую часть вопросов отвечает брат. Путается в датах событий. Быстро истощается. Волевые побуждения снижены. Критика к состоянию неполная.

Основным методом диагностики данного расстройства является

- инструментальный

- нейрофизиологический
- лабораторный
- клинический

Для оценки тяжести у пациента депрессивной симптоматики используется шкала

- Монтгомери-Асберга
- Янга
- Кови
- Плучика

У пациента можно предположить диагноз

- Монтгомери-Асберга
- Янга
- Кови
- Плучика

Диагноз

Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии без психотических симптомов

Депрессивный эпизод тяжелой степени тяжести без психотических симптомов

Устойчивое (хроническое) расстройство настроения (аффективное расстройство), циклотимии

Шизоаффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии без психотических симптомов

Для депрессивного синдрома характерны бредовые идеи

- ревности
- преследования
- мессианства
- виновности

Для терапии биполярного аффективного расстройства в первую очередь используются

- антидепрессанты
- тимостабилизаторы
- антипсихотики
- транквилизаторы

Для поддерживающей терапии в случае преобладания у пациента в течение биполярного аффективного расстройства депрессивных фаз рекомендовано назначение

- вальпроевой кислоты
- ламотриджина
- препаратов лития
- карбамазепина

Поддерживающая терапия при биполярном аффективном расстройстве может быть прекращена по инициативе пациента при продолжительности ремиссии

- 2 года
- 1 год
- 3 года
- 5 лет

Из антипсихотических препаратов при депрессивном эпизоде без психотических симптомов в рамках биполярного аффективного расстройства назначается

- кветиапин
- тиоридазин
- галоперидол
- хлорпромазин

Для профилактической терапии биполярного аффективного расстройства рекомендованы

- антидепрессанты
- нормотимики
- ноотропы
- транквилизаторы

Психическим расстройством, коморбидным биполярному аффективному расстройству, чаще является

- обсессивно-компульсивное расстройство
- злоупотребление психоактивными веществами
- личностное расстройство
- органическое расстройство личности и поведения

Суицидальный риск при биполярном аффективном расстройстве оценивается как

- минимальный
- высокий
- низкий
- умеренный

Распространенность биполярного аффективного расстройства в популяции составляет +___+ %

- минимальный
- высокий
- низкий
- умеренный

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка А., 61 год, поступает в психиатрический стационар.

Жалобы

На слабость, более выраженную в первой половине дня, много времени проводит в постели; монотонные «ноющие» боли в животе без четкой локализации и связи с приемом пищи, запоры, тоску, постоянные мысли о наличии тяжелой, неизлечимой и прогрессирующей болезни.

Анамнез заболевания

Больной себя считает с 44 лет, когда впервые на фоне общего физического благополучия снизилась активность, появились утомляемость при обычных нагрузках, чувство тяжести в теле, нарушения сна. Снизилось настроение, перестала испытывать удовлетворение от привычной деятельности, преобладали вялость, апатия, безрадостность. Через силу продолжала

выполнять работу по дому, однако даже незначительные нагрузки требовали напряжения. На этом фоне появилось чувство вины перед близкими, за свою «немощность». Похудела более чем на 10 кг. На фоне описанных симптомов стала отмечать дискомфорт и тянущие, ноющие боли в области эпигастрия, которые на начальном этапе были связаны с приемом пищи, с чувством переполнения желудка, сопровождались запорами. В дальнейшем, на протяжении года, эти болевые ощущения постепенно утратили связь с приемом пищи, приобрели тягостный эмоционально-неприятный оттенок (переживание «душевной тяжести в эпигастрии»), сохранялись в течение всего дня. Неоднократно обращалась к терапевту и гастроэнтерологу, получала терапию, без эффекта, в связи с чем, была направлена на лечение в отделении пограничных состояний психиатрического стационара. Выписана с улучшением, поддерживающую терапию не принимала, самочувствие было стабильным, полностью восстановилась работоспособность. В дальнейшем, на протяжении 3-х лет чувствовала себя хорошо.

С 48 лет – менопауза, климактерический период сопровождался приливами «жара в теле», лабильностью артериального давления, потливостью, сердцебиением. На этом фоне вновь появилось чувство слабости, периоды апатии и подавленности, периодически нарушался сон. В возрасте 50 лет погибла младшая дочь, на этом фоне вновь стала испытывать тяжесть в теле, утомляемость, вялость и апатию, со слов больной, «не спала по несколько суток подряд». Перестала выполнять обязанности по дому, «много лежала». Амбулаторно принимал amitriptylin и clonazepam. Спустя три месяца самочувствие улучшилось.

Последующие обострения, начиная с 52 лет, отмечались раз 1-1,5 года, в осенний или весенний период, когда спонтанно нарушался сон, снижался аппетит, усиливались неприятные ощущения в животе, запоры. Была определена 2 группа инвалидности по психическому заболеванию. Самостоятельно принимала amitriptylin, fenazepam, состояние улучшалось через 2-3 месяца. Месяц назад 62 лет, после похорон дальнего родственника, появились навязчивые воспоминания о смерти дочери. Возобновилась тянущая боль, чувство распирания в животе, тяжесть, скованность в конечностях, сильная слабость во всем теле, быстрая утомляемость, бессонница, перестала справляться с хозяйством, много лежала. Периодически усиливалась тревога и, на фоне болевого синдрома, самочувствие становилось «нестерпимым», возникало желание прекратить свои мучения. Была направлена на стационарное лечение.

Анамнез жизни

Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Раннее развитие без особенностей. Детские дошкольные учреждения не посещала, воспитывалась дома. Росла спокойным ребенком, среди сверстников ничем не выделялась. В школу пошла в 7 лет, училась средне, с программой справлялась, интереса к каким-либо определенным предметам не выказывала, была достаточно замкнутой, мало интересовалась общественной жизнью школы, предпочитала находиться в кругу семьи.

Получила профессию швеи, в дальнейшем, до выхода на пенсию по возрасту, работала по специальности. В настоящее время проживает в сельской местности в частном доме вдвоем с супругом, пенсионер по возрасту. Взаимоотношения с мужем всегда были равными, к лидерству в семье не стремилась.

Себя по характеру, считает спокойной, терпеливой, трудолюбивой, стойко переживающей неприятности. Отличалась физической выносливостью, всегда с удовольствием занималась домашним хозяйством. Была равнодушна к алкоголю, выпивала редко, поскольку прием даже небольшого количества спиртного вызывал головные боли, сонливость.

После вторых родов (30 лет) на протяжении полугода испытывала подавленность, слезливость, слабость, был нарушен сон. За медицинской помощью в то время не обращалась, состояние связывала с утомлением.

Объективный статус

Психический статус. Внешне выглядит старше паспортного возраста. Выражение лица печальное. Речь медленная, голос тихий, отвечает после некоторой паузы, жестикуляция бедная, о своем состоянии говорит сдержанно. Полностью ориентирована в месте, времени, собственной личности. Предъявляет жалобы на слабость, тоскливое состояние, ноющие монотонные боли в животе, без четкой локализации и связи с приемом пищи. Высказывает предположение о наличии у себя серьезного соматического (онкологического?) заболевания.

Сон укорочен, «долго не могу заснуть, мучаюсь, лежа в кровати», с пробуждениями «по 2-3 раза за ночь», утром ощущение бодрости отсутствует. Настроение характеризует как «плохое», обусловленное постоянными соматическими переживаниями, слабостью, неспособностью что-либо делать. Еда воспринимается «пресной», общаться не хочется, «все опять стало безразличным». Периодически испытывает чувство безвыходности, возникают

мысли об избавлении от страданий через смерть, себя «очень жалко», но понимает, что «это только мысли».

***Заключение невролога*:** хроническая головная боль напряжения. Астено-невротический синдром с диссомнией.

***Заключение терапевта*:** хронический гастродуоденит, хронический некалькулёзный холецистит вне обострения, остальные внутренние органы без патологии.

Для оценки тяжести суицида и суицидального риска используется

- шкала депрессии Бека
- колумбийская шкала серьёзности суицидальных намерений
- шкала Монтгомери-Асберг
- шкала депрессии Гамильтона

Клинико-психопатологическая оценка симптомов депрессии у пациентки А., выявившая выраженные и устойчивые соматовегетативные симптомы, заторможенность с элементами напряженности, особым «физическим» качеством угнетенного настроения позволяет предположить её

+ _____ + уровень

- психотический
- невротический
- витальный
- астенический

В соответствии с биологической моделью формирования депрессии у женщин в перименопаузальном периоде в качестве центрального биологического механизма, который определяет вероятность формирования разнообразных симптомов перименструального периода, включая и аффективные нарушения, рассматриваются изменения уровня

- прогестерона
- эстрогена
- адренкортикотропного гормона
- тироксина

В качестве основного диагноза у пациентки можно предположить

- прогестерона
- эстрогена

- адренокортикотропного гормона
- тироксина

Диагноз

Рекуррентное депрессивное расстройство текущий депрессивный эпизод тяжелой степени с соматическими симптомами

Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии без соматических симптомов

Депрессивный эпизод средней степени с соматическими симптомами

Расстройство адаптации, затяжная депрессивная реакция

Для терапии тяжелого депрессивного эпизода в первую очередь используются

- селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, нейрелептики второго поколения
- антипсихотики второго поколения, вальпроаты
- селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина, мirtазапин, трициклические антидепрессанты
- препараты лития, кветиапин, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

Снотворным эффектом при стойкой бессоннице обладают антидепрессанты

- флуоксетин, пароксетин
- моклобемид, пипофезин
- мirtазапин, агомелатин
- миансерин, флувоксамин

Препаратами с активирующим компонентом антидепрессивной активности являются

- дулоксетин, мапротилин
- флуоксетин, пароксетин
- моклобемид, пипофезин
- мirtазапин, агомелатин

Пациентам с терапевтической резистентностью, у которых терапия первого, второго и третьего этапов оказалась неэффективной рекомендуется применение

- комбинации антипсихотиков второго поколения
- электросудорожной терапии
- хирургического лечения
- депривации сна

В данном клиническом случае период поддерживающей антидепрессивной фармакотерапии должен составлять минимум

- 6 месяцев
- 2 года
- 9 месяцев
- 1 год

Когнитивная модель депрессии

- противоречит биохимической модели депрессии
- не сопоставима с биохимической моделью депрессии
- не противоречит биохимической модели депрессии
- со времен А. Бека потеряла свою актуальность

По данным эпидемиологических исследований, у женщин в возрастном периоде 45-55 лет риск развития депрессии в сравнении с репродуктивным возрастом

- значительно выше
- значительно ниже
- минимальный
- существенно не отличается

Сухость во рту, запоры, нарушение зрения, задержка мочи, тахикардия относят к + _____ + побочным эффектам трициклических антидепрессантов

- значительно выше
- значительно ниже
- минимальный
- существенно не отличается

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мальчик А. с матерью на первичном амбулаторном приёме у врача-психиатра. Возраст 2 года 8 месяцев.

Жалобы

* задержка в развитии речи – словарный запас не более 20 двух-трёх сложных слов, фразы нет.

* частые (несколько раз в день) «истерики», отмечающиеся, как правило, в ситуациях, когда «что-то не так, как он хочет» - изменение маршрута прогулки, ограничение времени качания на качелях, потеря любимой игрушки, необходимость визита в поликлинику, предложение нелюбимой пищи и т.п.

* избирательность в еде и одежде.

* трудности засыпания, часто просыпается во время сна, плачет.

Анамнез заболевания

После 1,5 лет родители начали отмечать, что ребенок не всегда выполняет понятные ему речевые инструкции, не откликается на имя, не любит, когда к нему прикасаются. Указательный жест отсутствует. На детской площадке с детьми не играет, общение не инициирует.

В два года обратились к неврологу, заключение (со слов мамы, выписка отсутствует) «задержка психоречевого развития», назначены церебролизин, фенибут, физиолечение, занятия с логопедом. Препараты принимали, эффекта не отметили. Логопедические занятия месяц назад возобновили. Произносит ориентировочно 20 слов (нет слов «мама», «папа», «я»), периодически отмечается повторение сказанных ему слов. Эмоциональные реакции нередко сопровождаются взмахиваниями, тряской рук. Эмоциональный контакт с окружающими (улыбка, смех при игре, обращение и т.п.) не устанавливает.

Игровыми интересами являются большие грузовики, тракторы; может достаточно длительное время расставлять их в ряды, крутить колеса, ситуации нарушения расставленных игрушек, потери, прекращения манипуляций вызывают крики, истерики, агрессивные действия, может ударить маму. Другие часто повторяющиеся манипулятивные действия – подбрасывание игрушек.

В настоящее время ребенок избирателен в еде (не ест молочные продукты, мясо, часть овощей), одежде (не носит шарфы, свитера, вещи ярких цветов). Любые попытки «замаскировать» нелюбимую еду заканчиваются криком,

бросанием посуды.

Плохо засыпает, часто просыпается во время сна, плачет.

На горшок не просится, навыки самообслуживания не развиты.

Анамнез жизни

Наследственность отягощена – у бабушки по маминой линии диагноз шизофрения. Ребёнок от 2 беременности, 2 родов (старшей сестре 10 лет, здорова), родился в срок 32 недели, во время беременности – токсикоз первой и второй половины, внутриутробная гипоксия. Мама дважды болела ОРВИ, лечилась симптоматически.

Грудное вскармливание до года. До 1-1,5 лет особенностей в развитии ребёнка родители не замечали, был «очень спокойным, по ночам спал, не капризничал». Лепет – с 8 месяцев, сидеть начал – в 6 месяцев, ползать в 8 месяцев, ходить – 1 год 1 месяц. Первые слова – в 1 год 2 месяца.

Объективный статус

***Психический статус*:** Зрительный контакт отсутствует, на обращение не реагирует. При попытке привлечь внимание к игрушкам быстро теряет интерес и переключается на другое. Разбросал игрушки по полу; когда мать попыталась их поднять начал кричать, бросился на пол, долго не мог успокоиться. Указательный жест не демонстрирует. В дальнейшем начал бегать кругами по кабинету, затем длительное время открывал и закрывал дверцы шкафов. В диалог не вступает. Речь носит автономный характер, чаще в виде звукосочетаний, отдельных слов. Оценить уровень осведомленности об окружающем не удалось из-за трудностей контакта с ребёнком.

***Неврологический и соматический статус*:** Без особенностей.

***ЭЭГ* –** очаговой и пароксизмальной активности не выявлено.

В соответствии с принятым алгоритмом второй этап диагностики аутизма проводится

- врачом-психиатром
- врачом-неврологом
- врачом-педиатром
- клиническим психологом

У ребёнка можно предположить диагноз

- врачом-психиатром
- врачом-неврологом
- врачом-педиатром
- клиническим психологом

Диагноз

Детский аутизм (F84.0)

Расстройство экспрессивной речи

Умственная отсталость

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью

В динамике, при осмотре в возрасте 4 лет отмечено появление фразовой речи, при этом на вопрос «сколько тебе лет», ребенок отвечает – «сколько тебе лет, сколько тебе лет», на предложение «давай поиграем», ребенок повторяет «давай поиграем», что является проявлениями симптома

- дислалии
- эхολалии
- мутизма
- вербигерации

При проведении клинико-психологического исследования ребенка клинический психолог для оценки предметно-содержательных аспектов мышления и его избирательности использует методику

- две группы по 3 слова, 10 слов
- таблицы Шульте, тест Струпа
- сравнения понятий, исключение 4-лишнего
- идентификации формы, фигуры Поппельрейтера

Повторяющиеся движения (раскачивание, взмахи руками, кручение пальцами рук), однообразные манипуляции с игрушками (разбрасывание, постукивание, облизывание) у детей с аутизмом являются проявлениями таких симптомов как

- ограниченное, стереотипное, повторяющееся поведение

- нарушения в области социального взаимодействия
- кататонические симптомы
- нарушения коммуникации (аномалии в общении)

Процесс, направленный на формирование несформированных, вследствие болезни, возникшей в раннем детстве, двигательных (моторных) и высших психических функций, а также на улучшение социализации, создание предпосылок к возможности обучения, определяется как

- абилитация
- реабилитация
- коррекция
- компенсация

Для купирования повышенной раздражительности, агрессии и самоповреждающего поведения детям и подросткам с аутизмом назначается

- рисперидон
- оланзапин
- флуоксетин
- фенибут

В процессе немедикаментозной абилитации детей с РАС может быть рекомендована

- метод хелирования, Томатис-терапия
- метод гипербарической оксигенации
- комплексная программа вмешательства, основанная на принципах прикладного анализа поведения
- безказеиновая и безглютеновая диета, терапия с животными

У детей и подростков с расстройствами аутистического спектра при возникновении сопутствующих аффективных расстройств показано назначение

- вальпроевой кислоты
- антипсихотика (рисперидон)
- антидепрессанта
- ноотропов

Оценку психического развития в соответствии с нормативными показателями по пяти сферам нервно-психического развития: сенсорика, моторика,

эмоционально-волевая сфера, познавательная деятельность и поведение (биологическое и социальное поведение) ребенку из представленного клинического наблюдения можно было провести с помощью

- рейтинговой шкалы детского аутизма – CARS
- психодиагностической методики ГНОМ
- теста Д. Векслера
- шкалы клинической оценки детского аутизма – ШКОДА

Одной из современных когнитивных теорий, претендующих на объяснение механизмов этиопатогенеза расстройств аутистического спектра, в основе которой лежит предположение о том, что центральным звеном является недостаточно сформированная и ограниченная способность понимать мысли, убеждения, чувства и желания других людей, отделять собственные мысли и переживания от мыслей и переживаний окружающих является

- нейротрансмиссивная теория
- теория исполнительных функций (_Executive FunctionsTheory_)
- теория слабости центральной когерентности (_Weak Central CoherenceTheory_)
- теория модели психического (_Theory of Mind_)

У лиц с расстройствами аутистического спектра распространенность эпилепсии

- нейротрансмиссивная теория
- теория исполнительных функций (_Executive FunctionsTheory_)
- теория слабости центральной когерентности (_Weak Central CoherenceTheory_)
- теория модели психического (_Theory of Mind_)

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В психиатрический стационар поступает пациентка Л., 29 лет. Обращение по настоянию родителей.

Жалобы

На слуховые обманы восприятия – «голоса» комментирующего, императивного характера, идеи преследования со стороны соседей, слабость, чувство внутреннего напряжения, беспокойный сон, увеличение веса

Анамнез заболевания

В возрасте 17 лет впервые появились «голоса в голове» комментирующего

характера, идеи о необходимости покончить с собой, чтобы «изучить загробный мир и внести вклад в науку». Предприняла попытку суицида путем отравления (название препарата не помнит), в связи с данным состоянием была госпитализирована в психиатрический стационар. В процессе лечения отмечалась положительная динамика в виде редукции галлюцинаторно-бредовой симптоматики, после выписки был рекомендован прием кветиапина.

В 20-летнем возрасте на фоне самостоятельной отмены препарата состояние ухудшилось, стала высказывать идеи преследования со стороны соседей, старалась как можно реже выходить из дома. Возобновились голоса в голове, в основном комментирующего, иногда императивного характера. Повторная госпитализация способствовала улучшению самочувствия, через 6 недель выписана в состоянии ремиссии. В динамике за время болезни отмечается значительная прибавка в весе – за 7 лет набрала более 50 кг. Социально не активна, вела малоподвижный образ жизни. В последние недели перед настоящей госпитализацией стала напряжённой, беспричинно тревожной, ухудшился сон (частые пробуждения). Ночью вставала, подходила к окну, осматривала улицу и прохожих. Беспokoящими переживаниями ни с кем не делилась, по настоянию матери обратилась в психиатрический стационар.

Анамнез жизни

Воспитывалась в полной семье. Раннее развитие – без особенностей.

Мать по характеру ответственная, строгая, требовательная. Отец лечился от тревожного расстройства. В раннем возрасте была подвижной, общительной, увлеченно играла в компании сверстников. Охотно посещала детский сад, любила заниматься рисованием, с удовольствием участвовала в конкурсах детских рисунков. В школу пошла с 7 лет, была способной, учеба давалась легко, без напряжения. Посещала художественную школу, с увлечением занималась в кружке биологии. Была неспортивной, тяготилась уроками физкультуры, но избыточной массы тела в школьные годы не имела. Много времени уделяла чтению, предпочитала фантастику и приключенческие романы.

После окончания школы несколько раз пробовала устроиться на работу, где конфликтовала с начальством, нигде дольше 2-3 месяцев не задерживалась. Проживает с родителями, в настоящее время друзей и увлечений не имеет.

Объективный статус

Психический статус:

Внешне неопрятна и неухожена, на одежде многочисленные пятна от еды,

волосы коротко стрижены, сальные. Движения несколько замедленны, неуклюжие, взгляд рассеянный, старается избегать визуального контакта с собеседником. Во время разговора поза однообразная. Разговором не заинтересована, пассивна. В месте, времени, собственной личности ориентирована. На момент осмотра неохотно сообщает, что слышит женский голос, который говорит «об ужасных событиях в мире», рекомендует «готовиться». Настроение характеризует как «обычное». Высказывает предположение, что её переживания на расстоянии внушаются соседкой, с которой сложились неприязненно-напряженные отношения. Нарушений внимания и памяти в процессе беседы не обнаруживает. Суицидальные мысли отрицает. Интеллект соответствует полученному образованию и образу жизни. Критика к своему состоянию отсутствует.

***Соматический статус*:** артериальное давление 145/92 мм рт. ст. Рост 167 см, окружность талии 119 см, вес 125 кг. ИМТ 44,8 кг/м².

***Биохимический анализ крови*:** общий холестерин 5,6 ммоль/л, ТГ 2,2 ммоль/л, ЛПНП 1,5 ммоль/л, ЛПВП 1,0 ммоль/л.

***Заключение терапевта*:** метаболический синдром: ожирение III степени, дислипидемия, гипертоническая болезни II степени, риск 3.

На основании данных анамнеза, клинического обследования можно поставить основной диагноз

- нейротрансмиттерная теория
- теория исполнительных функций (_Executive FunctionsTheory_)
- теория слабости центральной когерентности (_Weak Central CoherenceTheory_)
- теория модели психического (_Theory of Mind_)

Диагноз

Параноидная шизофрения

Шизотипическое расстройство

Шизоаффективное расстройство

Острое полиморфное психотическое расстройство

При постановке диагноза шизофрении токсикологические тесты в крови и моче проводятся с целью

- диагностики уровня пролактина крови и выявления синдрома гиперпролактинемии
- исключения вызванного употреблением психоактивных веществ острого психотического состояния с шизофреноформной симптоматикой
- контроля побочных эффектов терапии антипсихотиками
- диагностики метаболического синдрома, формирующегося на фоне терапии антипсихотиками

Временной критерий для установления диагноза шизофрении (длительность специфических симптомов) составляет

- 1 месяц
- 3 месяца
- 6 месяцев
- 2 недели

В качестве базовой терапии пациентам с шизофренией назначается

- 1 месяц
- 3 месяца
- 6 месяцев
- 2 недели

Дополнительная информация

Катамнез шизофрении у пациентки составил 12 лет практически непрерывной базисной терапии атипичными нейролептиками (кветиапином, оланзапином), назначаемыми в стандартных терапевтических дозах. В динамике за это время набрала более 50 кг избыточного веса (большой частью за последние 7 лет). В течение последних пяти лет отмечается повышение артериального давления, поначалу эпизодическое, затем постоянное.

С учетом анамнестических данных, клинического обследования, лабораторных данных, у пациентки можно предполагать наличие + _____ + как нежелательного явления проводимой психофармакотерапии основного заболевания

- злокачественного нейролептического синдрома
- гиперпролактинемии
- нейролептического синдрома
- метаболического синдрома

Понятие «фармакогенное увеличение массы тела» подразумевает побочный эффект психотропного препарата в виде увеличения массы тела более + _____ + % в период его применения

- 5-7
- 10-12
- 2-4
- 1-2

К антипсихотикам, существенно увеличивающим массу тела относят

- клозапин, оланзапин, кветиапин, хлорпромазин, тиоридазин
- рисперидон, хлопентиксол, сульпирид
- арипипразол, мебикар, триоксазин
- амисульпирид, галоперидол, флуфеназин, флупентиксол

Из основных клинико-демографических факторов риска увеличения массы тела при антипсихотической терапии у пациентки выявляются следующие

- наличие в клинической картине галлюцинаций и бредовых идей
- ожирение в подростковом возрасте, гиперхолестеринемия
- женский пол, молодой возраст, низкая физическая активность
- наличие диабета у родственников, дислипидемия

Помимо указанных биохимических показателей, в соответствии с протоколом мониторинга пациентов, получающих атипичные нейролептики, пациентке необходимо провести также исследование

- щелочной фосфатазы
- С-реактивного белка
- уровня глюкозы крови
- гемоглобина крови

В диагностике депрессии при шизофрении рекомендовано использовать

- шкалу депрессии Гамильтона
- шкалу депрессии Бека
- госпитальную шкалу депрессии и тревоги
- шкалу Калгари для оценки депрессии при шизофрении

Стратегии быстрого наращивания дозировок, использование высоких ударных доз и дозировок у пациентов с шизофренией

- являются приоритетными
- являются профилактикой побочных эффектов
- применяются при первом психотическом эпизоде
- не рекомендуются

Физические нагрузки (ходьба, плавание и др.) и снижение калорийности пищи в коррекции нейролептического ожирения

- являются приоритетными
- являются профилактикой побочных эффектов
- применяются при первом психотическом эпизоде
- не рекомендуются

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент В., 27 лет. Находится на лечении в психиатрическом стационаре.

Жалобы

- * звучание чужих мыслей в голове, происходящих из космоса и пугающих;
- * наличие голосов внутри головы, принадлежащих «инопланетным существам», неразборчивых по содержанию;
- * чувство «преследования», угрожающие намеки в свой адрес в телепередачах.

Анамнез заболевания

Начиная с возраста 24 лет, отмечает трудности сосредоточения внимания, формулировки собственных мыслей, периодически появляющиеся ощущения, что его мыслями и поступками кто-то управляет. В 26 лет обратился за консультацией психолога по инициативе родителей, медикаментозного лечения не получал, посетил несколько сеансов психотерапевтической коррекции, эффекта не отмечалось. В этот период не работал, увлекался просмотром роликов эзотерического содержания. Родителям сообщал, что подвергается преследованию «ведьм и инопланетян», боялся, что его убьют. В связи с ухудшением психического состояния обратился за специализированной помощью.

Анамнез жизни

Наследственность не отягощена. Рос и развивался по возрасту. В детстве часто болел простудными заболеваниями. В подростковом возрасте отмечалось

изменение поведения – стал конфликтным, драчливым, прогуливал школьные занятия, на этом фоне снизилась успеваемость. После окончания школы поступил в университет, обучался на платной основе. Весь период обучения эпизодически курил анашу. В возрасте 24 лет, после окончания вуза непродолжительное время работал юрисконсульт, однако был уволен за прогулы и невыполнение должностных обязанностей. С этого времени не работает. Проживает с родителями.

Травмы, операции, хронические соматические заболевания отрицает.

Объективный статус

***Психический статус*:** В контакт вступает охотно. В месте, времени, собственной личности ориентирован. Выражение лица отстранённое. Сообщает о наличии в голове чужих мыслей, голосов, принадлежащих «инопланетным существам», в данный момент неразборчивых по содержанию. Также испытывал «второй параллельный поток мыслей» в голове, направленный с целью изменить его «неправильное представление о жизни», наличие голосов внутри головы, принадлежащих неизвестным людям; слышал «намёки» в свой адрес, звучащие в телепередачах.

Обсуждение «инопланетного воздействия» сопровождается длительными бесплодными «псевдонаучными» рассуждениями. В процессе разговора периодически теряет нить рассуждений, переключается на другую тему, без логической связи между ними. Затрудняется при детализации своих мыслей и ощущений, оценке своего настроения.

Суицидальные мысли отрицает. Критика к состоянию отсутствует.

У пациента можно предположить диагноз

- являются приоритетными
- являются профилактикой побочных эффектов
- применяются при первом психотическом эпизоде
- не рекомендуются

Диагноз

Параноидная шизофрения

Шизотипическое расстройство

Шизоаффективное расстройство

Острое полиморфное психотическое расстройство

Значимым для развития основного заболевания социально-средовым фактором, в соответствии с данными анамнеза, является

- неэффективность предшествующей психокоррекции
- факт употребления каннабиоидов
- наличие поведенческих проблем
- низкая успеваемость

Временной критерий для установления диагноза шизофрении (длительность специфических симптомов) составляет

- 2 недели
- 3 месяца
- 1 год
- 1 месяц

Препаратом первого выбора в данном случае является

- нейролептик
- антидепрессант
- препарат лития
- препарат бензодиазепинового ряда

Антипсихотическими препаратами первого ряда выбора в данном случае являются нейролептики с преимущественным + _____ + действиями

- дезингибирующим и миорелаксирующим
- антигаллюцинаторным и антибредовым
- седативным и болеутоляющим
- инцизивным и антидепрессивным

Минимальный период, на который пациенту с первым эпизодом шизофрении назначается непрерывная антипсихотическая терапия

- 1 год
- 3 года
- 3 месяца

- 6 месяцев

Самыми частыми побочными эффектами нейролептической терапии являются

- 1 год
- 3 года
- 3 месяца
- 6 месяцев

Дополнительная информация

Пациенту был назначен препарат рисперидон в дозе 6 мг в сутки. На фоне лечения психическое состояние несколько улучшилось. Спустя две недели от момента госпитализации при осмотре выявлено: в положении сидя – покачивания обеими ногами, в положении стоя – перетаптывание с ноги на ногу, сопровождающиеся чувством внутреннего беспокойства и непреодолимой потребностью в движении с целью облегчения внутреннего напряжения, в совокупности приводящие к умеренно выраженному утомлению.

Данные симптомы можно расценить как проявления

- нейролептического паркинсонизма
- дистонии
- поздней дискинезии
- акатизии

Для коррекции акатизии в данном случае оптимальной является тактика

- повышения дозы принимаемого пациентом антипсихотика
- замены антипсихотического препарата на нейролептик с низким риском развития акатизии (оланзапин)
- назначения антипсихотика первого поколения (галоперидол)
- добавления антиконвульсанта (вальпроат)

У пациентов с шизофренией смена антипсихотического препарата рекомендуется только после того, как терапия предыдущим в случае хорошей переносимости была проведена в течение как минимум + _____ + недель в оптимальной терапевтической дозировке

- 4-6
- 6-8
- 1-2

- 2-4

В отношении влияния на уровень пролактина рисперидон относится к

- антипсихотикам, не влияющим на увеличение уровня пролактина или вызывающим транзиторное увеличение
- антипсихотикам, редуцирующим уровень пролактина
- антипсихотикам, ведущим к повышению уровня пролактина
- антипсихотикам, не имеющим отчетливой связи с метаболизмом пролактина

В терапии больных шизофренией с целью улучшения способности правильной переработки информации, поставляемой социально значимыми стимулами, с умением давать на них социально адекватную реакцию в соответствующих ситуациях рекомендуется проведение

- антипсихотикам, не влияющим на увеличение уровня пролактина или вызывающим транзиторное увеличение
- антипсихотикам, редуцирующим уровень пролактина
- антипсихотикам, ведущим к повышению уровня пролактина
- антипсихотикам, не имеющим отчетливой связи с метаболизмом пролактина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 39 лет, прошел в наркологическом отделении стационарное обследование и лечение, направленное на купирование алкогольного абстинентного синдрома, нормализацию сна, аппетита, выравнивание эмоционального фона. Лечащим врачом-психиатром-наркологом был установлен диагноз: F10.2532, F10.30. - Алкоголизм, вторая стадия. Фаза обострения, постоянная форма, синдром отмены алкогольный неосложненный средней степени тяжести. Пациент переведен в реабилитационное отделение для прохождения дальнейшего лечения и психотерапии по желанию больного.

Жалобы

На

- * повышенную раздражительность
- * колебания настроения, с превалированием дисфорического настроения
- * расстройства засыпания

* возбудимость и конфликтность при общении с окружающими

* периодически мысли о приеме спиртного

Анамнез заболевания

Наследственность отягощена: отец злоупотреблял алкоголем с молодого возраста, в настоящее время десоциализирован, ведет хаотичный образ жизни, без постоянного места жительства; пациент с отцом связи не поддерживает.

Роды и раннее развитие без особенностей, в школу пошел в срок. Но в 9 лет перенес ч/м травму и сотрясение головного мозга, лечился у детского невролога; затем ч/м травмы дважды в подростковом возрасте, после которых к врачу не обращался. Несмотря на эпизодические головные боли занимался спортом, алкоголизации избегал. Попробовал спиртное в 16 лет, но состояние опьянения не понравилось.

После окончания училища служил срочную службу в армии, где также получил ч/м травму; за медицинской помощью не обращался. По возвращении из армии отметил колебания настроения, больше в сторону «взвинченности», раздражительности, плохую переносимость нагрузок. Трудоустроился, стал активно общаться и эпизодически употреблять спиртное, обычно пиво, «в компаниях». Постепенно состояние опьянения стало нравиться, испытывал подъем настроения, чувство легкости, «забывал о заботах». Начиная с 25 лет пил регулярно, иногда употреблял пиво несколько раз в течение дня, перешел на крепкоградусные напитки. При этом продолжал много работать, получил повышение – стал экспедитором. С 30 лет отмечает заметное ухудшение самочувствия по утрам, требующее принятия небольшой дозы спиртного (пива), и возникновение запоев до 5-7 дней, во время которых мог не выходить на работу. Начиная с 35 лет стал менять места работы, увольнялся самостоятельно или по указанию администрации в связи с пребыванием на работе в нетрезвом виде, с этого периода о алкоголизации носит систематический характер. Алкогольный абстинентный синдром сформирован, протекает тяжело, с преобладанием соматовегетативного компонента и аффективными колебаниями, преимущественно в виде возбуждения, раздражения; нередко в этот период конфликтен и агрессивен.

Анамнез жизни

Единственный ребенок, родился в полной семье, но родители развелись, когда пациенту было 10 лет (из-за алкоголизации отца). По настоящее время проживает с матерью и отчимом, отношения характеризует как «нормальные». Ранее был женат, в браке прожили 6 лет, детей не было, с женой расстались «по взаимному согласию» на фоне систематических конфликтов.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Проведенные неврологическое и общесоматическое обследования с использованием лабораторных и инструментальных методов подтверждают 2-ю стадию алкогольной жировой дистрофии печени и кардиомиопатию (псевдоишемический тип).

Психический статус:

Сознание ясное. Верно ориентирован во времени, месте и собственной личности. В поведении упорядочен, но отмечена вегетативная лабильность, при волнении легкий тремор. Темп речи чуть замедлен, иногда отмечалась излишняя детализация объяснений, говорит напряженным и немодулированным голосом, интонации однообразные. Пациент производит впечатление несколько скованного, встревоженного и недовольного; при затрагивании субъективно-неприятных тем отмечается дисфорический оттенок настроения, раздражительность.

Ответы на вопросы по поводу алкогольной зависимости часто отсрочены, согласие на беседу и участие в программе скорее формальное. При обсуждении систематических выпивок, нарушенных обещаний, а также проблем во взаимоотношениях с отчимом и матерью пациент легко аффектируется. Признает свою зависимость от употребления спиртного и невозможность самостоятельно прекратить потребление, соглашается с необходимостью прекращения алкоголизации. Одновременно отмечает, что его здоровье «подорвано», состояние нервной системы определил как «расшатанная», почему, по словам пациента, он нуждается в приеме спиртного для совладания с собой; пессимистически оценивает перспективы лечения.

Для оценки выраженности нарушений когнитивных функций, сопутствующих алкогольной зависимости, может использоваться

- антипсихотикам, не влияющим на увеличение уровня пролактина или вызывающим транзиторное увеличение
- антипсихотикам, редуцирующим уровень пролактина
- антипсихотикам, ведущим к повышению уровня пролактина
- антипсихотикам, не имеющим отчетливой связи с метаболизмом пролактина

Результаты обследования

Патопсихологическое обследование

Выявлено, что работоспособность снижена, есть замедление темпа

деятельности, некоторая инертность динамики психических процессов, ослабление памяти; налицо признаки нарастающей органической недостаточности ц.н.с. с проявлениями церебрастении и нерезко выраженным мнестическим снижением.

Оценка уровня интеллекта с помощью теста Векслера и подсчетом IQ

IQ = 92 (по тесту Векслера), в пределах невысокой нормы

Шкала глобального функционирования (GAF)

Получен результат – 40 баллов (серьезное ухудшение функционирования в социальной и профессиональной сферах).

Дневник самонаблюдения за колебаниями самочувствия и настроения в течение дня

Пациент отмечает, что по субъективным ощущениям самочувствие неустойчиво, настроение часто меняется.

Для оценки личностных особенностей пациента может использоваться

- антипсихотикам, не влияющим на увеличение уровня пролактина или вызывающим транзиторное увеличение
- антипсихотикам, редуцирующим уровень пролактина
- антипсихотикам, ведущим к повышению уровня пролактина
- антипсихотикам, не имеющим отчетливой связи с метаболизмом пролактина

Результаты обследования

SCL-90

Анализ личностных особенностей показал наличие черт тревожности, эмоциональной возбудимости, склонности к ситуационной враждебности, конфликтности. Можно говорить также о некотором снижении произвольного контроля поведения при относительно сохранной критичности.

Методика «Индекс жизненного стиля»

Выявлена напряженность защитных механизмов подавления и регрессии.

Торонтская шкала алекситимии (TAS)

Высокий уровень трудности идентификации чувств и внешне-ориентированное мышление.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии

Выявлен доклинический уровень симптомов тревоги и депрессии.

Учитывая данные обследования, можно сформулировать диагноз пациента как

- антипсихотикам, не влияющим на увеличение уровня пролактина или вызывающим транзиторное увеличение
- антипсихотикам, редуцирующим уровень пролактина
- антипсихотикам, ведущим к повышению уровня пролактина
- антипсихотикам, не имеющим отчетливой связи с метаболизмом пролактина

Диагноз

F07.00 Расстройство личности в связи с травмой головного мозга

F33 Рекуррентное депрессивное расстройство

F41.1 Генерализованное тревожное расстройство

F70 Умственная отсталость легкой степени

Учитывая длительность заболевания, необходимо оценить мотивированность пациента на лечение с помощью

- международного нейропсихиатрического интервью
- шкалы самооценки личностной и ситуационной тревожности Спилбергера-Ханина
- шкалы Дембо-Рубинштейн
- опросника алкогольной анозогнозии

До начала любой психотерапевтической помощи необходимо повышение мотивации пациента к лечению путем проведения

- мотивационной психотерапии
- релаксации
- плацебо-терапии
- медитации

Первым этапом работы по проведению мотивационного интервью является

- конфронтация с антитерапевтическими установками пациента
- определение стадии готовности к изменениям, на которой находится пациент (из числа выделенных в трансэоретической модели изменений Прохазка Дж. и ДиКлементе С.)
- психообразование с повышением уровня знаний о пагубных последствиях зависимости от алкоголя
- дистанцирование от эмоционального состояния и симптомов абстиненции

Обнаружение амбивалентных установок пациента по отношению к употреблению спиртного и трезвости

- предполагает отказ от дальнейших попыток психотерапевтического ведения
- является обязательным у зависимых от ПАВ пациентов, и позволяет установить и оценить проявления сопротивления и угрозы лечению
- предполагает применение психофармакотерапии
- свидетельствует о неэффективности предшествовавшей терапии

К ведущим технологиям мотивационной психотерапии в данном случае можно отнести

- обучение техникам эмоциональной регуляции
- использование «открытых» вопросов
- составление плана дальнейшей терапии за пределами стационара
- модификацию неадаптивных базовых убеждений в отношении собственной личности пациента

Важная и обязательная технология в составе мотивационного интервью, связанная с оптимальным представлением пациента о своих возможностях - это

- повышение ожиданий от психофармакотерапии
- поддержание самооэффективности
- конфронтация чрезмерного оптимизма
- преодоление завышенной самооценки

В данном случае степень сопротивления терапии может быть обусловлена недооценкой пациентом существующих у него триггеров потребления спиртного. Для обнаружения триггеров необходима технология

- скрининга потребления
- описания проблемы
- анализа катamnестических сведений
- функционального анализа поведения

При возврате пациента к систематическому употреблению алкоголя его состояние квалифицируется как

- неудача психотерапии и основания для отказа от ранее использованных технологий
- свидетельство перехода к третьей стадии зависимости от алкоголя
- недоступность пациента для психотерапевтических интервенций
- рецидив наркологического заболевания

При рецидиве и возврате пациента к употреблению алкоголя целесообразно(а)

- неудача психотерапии и основания для отказа от ранее использованных технологий
- свидетельство перехода к третьей стадии зависимости от алкоголя
- недоступность пациента для психотерапевтических интервенций
- рецидив наркологического заболевания

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 36 лет, находился под наблюдением врача-психиатра-нарколога на протяжении полутора лет, в течение которых дважды возвращался к употреблению спиртного. Также посещает психотерапевта для прохождения индивидуальной терапии, но нерегулярно, от посещения групп самопомощи отказывается категорически.

Жалобы

На

- * повышенную утомляемость, плохую переносимость нагрузок
- * сниженное подавленное настроение
- * трудности при взаимодействии с большим числом людей (в период профессиональной деятельности)
- * трудности при общении с детьми
- * трудности засыпания
- * периодически мысли о приеме спиртного

Анамнез заболевания

Наследственность неотягощена. Употреблять спиртное начал в период обучения в институте, с употребления пива, реже – вина (на «днях рождения»). Состояния опьянения давало чувство свободы, раскрепощенности, энтузиазма, значительно облегчало общение. На фоне приема спиртного пациент стал активнее общаться с девушками, появились «подружки», «завел много полезных знакомств». В период студенчества в течение короткого времени умерли бабушка и дедушка пациента, в этот же период его покинула девушка,

которую он считает «единственной моей настоящей любовью». Вследствие чего пациент «почувствовал себя осиротевшим», стал чаще алкоголизироваться, выпивал иногда в одиночестве.

Несмотря на неблагоприятное эмоциональное состояние и алкоголизацию, завершил учебу, защитил диссертацию, нашел «работу мечты». В возрасте 30 лет женился на дочери сослуживца, родился ребенок, затем второй. Начиная с 33 лет пациент стал регулярно попадать в частный наркологический центр, сначала на детоксикацию, а затем и на более длительное лечение. Первоначально после выписки избегал дальнейших контактов с врачом психиатром-наркологом, имел непродолжительные ремиссии, но систематически не наблюдался. Однако после того, как жена пригрозила разводом, пациент решил пройти систематический курс лечения и психотерапии, стал наблюдаться.

Анамнез жизни

Единственный ребенок, родился в Москве, в семье имевших высокий статус родителей. Родился в срок, раннее развитие без особенностей. На становление пациента, как он полагает, большое влияние оказали не только родители (много работавшие и часто отсутствовавшие дома), но бабушка и дедушка по линии матери. Именно они до 5-го класса забирали «любимого внука» на выходные, на каникулы, ездили с ним в отпуск, на дачу и т.д. Учился в школе хорошо и легко, успеваемость была высокой, но испытывал трудности во взаимоотношениях с одноклассниками. В период обучения в институте эти трудности «снял» употреблением спиртного, позволявшего «находить общий язык с любым человеком».

Несмотря на все более частое, начиная с возраста 20 лет, употребление спиртного, пациент закончил обучение в ВУЗе, аспирантуре, защитил диссертацию и работает по настоящее время в известной компании на весьма высокой позиции.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. 3 года назад перенес холецистостомию. Проведенные неврологическое и общесоматическое обследования с использованием лабораторных и инструментальных методов метаболических или иных нарушений не обнаружило.

Психический статус:

В ясном сознании, в месте, времени, собственной личности ориентирован полностью. Выглядит старше своего возраста. Внешний вид опрятный.

Немногословен, напряжен, скрытен. Катамнестические сведения сообщает последовательно, но избирательно. На когнитивные дефициты не ссылается. Предъявляет жалобы на бессонницу, внутренний дискомфорт, подавленность, влечение к алкоголю. Фиксирован на своих переживаниях, обеспокоен состоянием своего здоровья, перспективы видит мрачно, пессимистично.

Мышление последовательное. Интеллектуальный уровень высокий, соответствует воспитанию и полученному образованию. Мнестическая функция не нарушена. Суицидальных мыслей не высказывает. Критика к своему состоянию и заболеванию присутствует, но мотивация к лечению слабая и заявляется формально. Наибольшие опасения в отношении своего состояния связал с ожиданиями негативных последствий в случае возобновления алкоголизации.

Для точной оценки квалификации алкогольной зависимости по степени, типу течения и тяжести последствий может использоваться

- неудача психотерапии и основания для отказа от ранее использованных технологий
- свидетельство перехода к третьей стадии зависимости от алкоголя
- недоступность пациента для психотерапевтических интервенций
- рецидив наркологического заболевания

Результаты обследования

Клинико-психопатологический метод исследования

Выявлено, что у пациента имеются клинические признаки Хронического алкоголизма 2 стадии, со среднепрогредиентным темпом течения, с псевдозапойной формой злоупотребления алкоголем. Социальные и соматические последствия средней степени тяжести.

Скрининг алкоголизации за последний год

Выявлены ремиссии длительностью до 3 месяцев на фоне приема психофармакотерапии и психотерапии.

Опросник AUDIT

Определено 17 баллов – употребление алкоголя с вредными последствиями.

Шкала глобального функционирования (GAF)

Получен результат – 42 балла (серьезное ухудшение функционирования в социальной и профессиональной сферах).

Для оценки личностных особенностей пациента может использоваться

- неудача психотерапии и основания для отказа от ранее использованных технологий

- свидетельство перехода к третьей стадии зависимости от алкоголя
- недоступность пациента для психотерапевтических интервенций
- рецидив наркологического заболевания

Результаты обследования

SCL-90

Анализ личностных особенностей показал наличие обсессивно-компульсивных черт и параноидных тенденций, в сочетании с интравертированностью. Можно говорить о высокой степени переживаемого пациентом, но недооцениваемого эмоционального напряжения; это важно для понимания триггеров потребления спиртного.

Методика «Индекс жизненного стиля»

Выявлена напряженность защитных механизмов подавления и регрессии.

Торонтская шкала алекситимии (TAS)

Высокий уровень трудностей идентификации чувств и внешне-ориентированное мышление.

Гиссенский опросник соматических жалоб

Выявлены субъективные отношения пациента к физическим жалобам, с некоторой тенденцией к переоценке интенсивности и значимости симптомов

Учитывая данные обследования, у пациента

- неудача психотерапии и основания для отказа от ранее использованных технологий
- свидетельство перехода к третьей стадии зависимости от алкоголя
- недоступность пациента для психотерапевтических интервенций
- рецидив наркологического заболевания

Диагноз

Преобладают черты личности нарциссического типа, не достигающие степени выраженности расстройство личности

Расстройство личности шизоидного типа

Нарушения влечений

Недоразвитие копинг-стратегий и защитных механизмов

Учитывая длительность заболевания и отказ пациента от посещения рекомендованных групп самопомощи следует оценить

- уровень имеющейся у пациента мотивации к лечению
- уровень тревоги
- переживания беспомощности и безнадежности
- уровень депрессии

К патогенным паттернам, которые подлежат обсуждению с пациентом, относится (-ятся)

- ранние стрессы и детские психотравмы
- нарциссическая ярость и подавление эмоций
- триггеры потребления спиртного и проявления патологического влечения к алкоголю
- сужение диапазона эмоциональных переживаний

Посещая, пусть и нерегулярно, врача психиатра-нарколога и психотерапевта пациент, в соответствии с транстеоретической моделью поэтапных изменений, находится на стадии

- действий
- принятия решения
- размышлений
- предварительных размышлений

Отказываясь от посещения групп самопомощи и регулярных визитов к специалистам, пациент тем самым лишает себя возможности получить

- социальную и эмоциональную поддержку
- рекомендации по решению житейских проблем
- информацию о вреде спиртного
- советы по нивелированию негативных чувств

Минимизировать риск рецидива у пациента на данном этапе можно, используя

- модификацию неадаптивных базовых убеждений в отношении алкоголя
- подключения суггестивных техник для преодоления реакций тревожного и/или депрессивного круга
- составление когнитивной концептуализации его случая зависимости
- техники, развивающие рефлексивность и способы противостояния как провоцирующим ситуациям, так и проявлениям патологического влечения к спиртному

**Терапевтический альянс со специалистами недостаточен у данного пациента.
Это может быть объяснено**

- негативным опытом лечения зависимости ранее
- интеллектуальным дефектом больного
- возрастанием степени сопротивления из-за усиления патологического влечения к спиртному и недостаточно продуктивной работы специалистов
- признаками условной выгоды заболевания для пациента

Оценка аддиктивных установок пациента может быть выполнена с использованием

- скринингового теста
- подробного опроса
- наблюдения за поведением во время сеансов
- теста аддиктивных установок Мак-Маллана-Гейлхар (_MGAA_)

При отказе пациента от регулярного посещения психотерапевта под предлогом занятости необходимо констатировать

- неудачу терапии и пессимистически оценить перспективы
- недоступность пациента для психотерапевтических интервенций
- возрастание сопротивления изменениям (и сохранению трезвости)
- переход к третьей стадии зависимости от алкоголя

При невозможности для пациента полностью отказаться от употребления спиртного, но при сохранении готовности продолжать работу с психотерапевтом в качестве вспомогательного средства может быть назначен

- неудачу терапии и пессимистически оценить перспективы
- недоступность пациента для психотерапевтических интервенций
- возрастание сопротивления изменениям (и сохранению трезвости)
- переход к третьей стадии зависимости от алкоголя

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 35 лет направлена врачом-психиатром на консультацию к психиатру-наркологу, который далее направил пациентку к психологу-психотерапевту. У пациентки установлен диагноз F 40.0 Паническое расстройство, но в ходе беседы выявлено систематическое использование ею седативных препаратов в

дозировках, превышающих терапевтические. Было принято решение о стационарном обследовании и лечении в условиях отделения пограничных расстройств.

Жалобы

На момент поступления в отделение предъявляет жалобы на:

- * повышенную утомляемость
- * тревожность, иногда с приступами паники
- * трудности засыпания
- * снижение активности
- * отсутствие переживаний радости и удовольствия

Анамнез заболевания

Первые симптомы повышенной тревожности возникли за 8 лет до обращения за помощью, и пациента связывает их с одновременным наличием в жизни ряда стрессовых ситуаций. Так, в этот период много болел ребенок (сыну было 5 лет), работодатель выражал претензии и угрожал сокращением, в семье возникли проблемы из-за связи мужа с другой женщиной.

Первый вегетативный приступ возник после скандала с мужем, испугал пациентку. В дальнейшем приступы стали повторяться, сначала в связи с ситуативными факторами, а затем и вне таковых. Беспокойство по поводу своего состояния нарастало, пациентка обратилась к неврологам, были назначены седативные препараты (из числа бензодиазепиновых транквилизаторов). Эффект от приема транквилизаторов всегда наступал быстро, и альтернативных средств помощи пациентка не искала. Со временем «привыкла» использовать лекарства при особых волнениях и напряжениях, а в последний год пьет их постоянно, увеличила дозу до 10 мг Феназепама на один прием, а иногда принимает по 20 мг. Родные пациентки не знают о ее систематическом употреблении седативных препаратов, так как лекарства она заказывает у знакомых, таблетки от членов семьи прячет.

Последние три года пациентка не работает. Отмечает общую замедленность, постоянное чувство усталости, бессилия. Приступы утомления наступают после любого напряжения, стресса, требуют обязательного отдыха в постели. Приступов паники как таковых нет, но пациентка продолжает их бояться, уверена, что они могут повториться.

Анамнез жизни

Со слов пациентки:

Младшая дочь в семье, имеет старшую сестру. Была всегда любимой, опекаемой, послушной, доброжелательной. При этом отмечает, что родители «строгие», резкие, «побаивалась отца и мать». Замуж вышла рано, за мужчину старше себя по возрасту. Уже находясь в браке закончила ВУЗ по настоянию мужа, работала по специальности. В последние годы не работает, что муж приветствует, так как «любит, когда жена дома».

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Проведенные неврологическое и общесоматическое обследования с использованием лабораторных и инструментальных методов не выявляют патологии.

Психический статус:

Сознание ясное. Верно ориентирована во времени, месте и собственной личности. В поведении упорядочена, но заметно медлительна, движения заторможенные. Выражение лица грустное и несколько растерянное. Ищет поддержки и помощи, однако основной проблемой полагает снижение настроения и утомляемость, систематический прием седативных препаратов полагает вынужденным, второстепенным. Фактом направления к срочу психиатру-наркологу огорчена, считает это недоразумением. Направление к психотерапевту приняла охотно, сообщила, что «давно собиралась, да все никак не решалась», выражает надежду на возможность «разобраться в своем состоянии».

Затрудняется в описании своих переживаний, подменяет его подробным описанием обстоятельств жизни, предъявлением соматических симптомов, жалоб на бессилье и утомление.

При обсуждении вопросов, связанных с приемом седативных препаратов, недооценивает значимость данного фактора, полагает, что легко откажется от препаратов при улучшении своего психического и физического состояния.

Для оценки выраженности симптомов тревожного расстройства может быть использован (-на)

- неудачу терапии и пессимистически оценить перспективы
- недоступность пациента для психотерапевтических интервенций
- возрастание сопротивления изменениям (и сохранению трезвости)

- переход к третьей стадии зависимости от алкоголя

Результаты обследования

Шкала оценки тяжести панического расстройства

Выявлена средняя степень тяжести панического расстройства.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии

Выявлен клинический уровень тяжести симптомов тревоги и депрессии.

Шкала Монтгомери и Асберга для оценки депрессии

Получен результат – 22 балла (отвечает признакам малого депрессивного эпизода).

Дневник самонаблюдения за выраженностью тревожности в течение дня

Пациентка отмечает, что по субъективным ощущениям тревога носит крайне выраженный характер в течение всего дня.

Для оценки патологического влечения к седативным препаратам может использоваться

- неудачу терапии и пессимистически оценить перспективы
- недоступность пациента для психотерапевтических интервенций
- возрастание сопротивления изменениям (и сохранению трезвости)
- переход к третьей стадии зависимости от алкоголя

Результаты обследования

Клиническая шкала оценки патологического влечения к наркотику (Винникова М.А., 1999), модифицированная для оценки степени влечения к седативным препаратам

Суммарный балл по шкале – 11, степень выраженности патологического влечения к седативным препаратам средняя. В структуре синдрома патологического влечения ожидаемо превалирует аффективный компонент.

Клинико-психопатологическое обследование с использованием клинической беседы и наблюдения

Можно отметить у пациентки признаки ситуативной тревожности, напряжения, которые она объясняет нахождением в стационаре, разлукой с членами семьи.

Шкала глобального функционирования (GAF)

Получен результат – 42 балла (серьезное ухудшение функционирования в социальной и профессиональной сферах).

Госпитальная шкала тревоги и депрессии

Выявлен клинический уровень симптомов тревоги и депрессии.

Учитывая данные обследования, пациентке можно поставить диагноз

- неудачу терапии и пессимистически оценить перспективы
- недоступность пациента для психотерапевтических интервенций
- возрастание сопротивления изменениям (и сохранению трезвости)
- переход к третьей стадии зависимости от алкоголя

Диагноз

F 13Т Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением седативных и снотворных средств

F33 Рекуррентное депрессивное расстройство

F41.1 Генерализованное тревожное расстройство

F70 Умственная отсталость легкой степени

Учитывая длительность заболевания и преимущественную ориентацию пациентки на описание симптомов, следует провести дополнительную диагностику с помощью

- шкалы Дембо-Рубинштейн
- визуальной аналоговой шкалы оценки болей
- шкалы глобального функционирования (GAF)
- психосоматического опросника (Гиссенский опросник соматических жалоб)

Для планирования психотерапевтической помощи важно оценить способность пациентки рефлексировать свои эмоциональные переживания. Для оценки этой способности рекомендуется

- исследование семейных коммуникаций
- наблюдение за поведением в отделении
- методика «Индекс жизненного стиля»
- Торонтская шкала алекситимии

Первым этапом работы по преодолению зависимости от седативных средств является

- релаксация
- конфронтация с антитерапевтическими установками пациентки
- дистанцирование от эмоционального состояния и симптомов тревоги
- проведение мотивационного интервью и определение стадии, на которой находится пациентка (из числа выделенных в транстеоретической модели изменений Прохазка Дж. и ДиКлементе С.)

У пациентки выявлены признаки стадии предварительных размышлений по поводу чрезмерного приема седативных средств. Это предполагает использование технологии

- запретительной терапии
- применения психофармакотерапии со сменой класса седативных препаратов
- формирования фобической установки в отношении негативных последствий приема препаратов
- «открытых вопросов» для того, чтобы вызвать сомнения в отсутствии проблем, связанных с употреблением ПАВ

При переводе пациентки на этап размышлений по поводу приема седативных лекарств и их последствий необходимо/необходима

- развенчивание заниженной самооценки
- повышение ожиданий от психофармакотерапии
- совместно с пациенткой проанализировать ситуацию, первоначальные причины обращения к ПАВ, сформулировать цели психотерапии
- конфронтация зависимости от лекарств

К патогенным паттернам, которые подлежат обсуждению с пациенткой, относятся

- нарушения влечений у пациентки
- нарциссическая ярость и подавление агрессии
- триггеры потребления лекарств и проявления патологического влечения к приему ПАВ
- ранние стрессы и детские психотравмы

В данном случае к патогенным паттернам эмоциональной патологии (тревожного расстройства), которые подлежат обсуждению с пациенткой, относятся (-ятся)

- недооценка, элиминирование эмоций
- обсуждение возможности увеличения объема повседневной активности
- анализ повседневной жизни пациентки и семейных влияний на ее состояние
- оценка эмоционального словаря пациентки

Первым этапом работы по развитию навыков осознания чувств выступает

- психообразование
- релаксация
- медитация
- конфронтация тревожных переживаний

За время пребывания в стационаре пациентку методом мотивационной психотерапии необходимо

- психообразование
- релаксация
- медитация
- конфронтация тревожных переживаний

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 26 лет. Поступил на стационарное лечение в наркологическое отделение. Госпитализация добровольная, самостоятельно, по личному заявлению.

Жалобы

На момент поступления в отделение предъявляет жалобы на:

- * тревогу,
- * сильное влечение к наркотику,
- * дискомфорт,
- * общую слабость,
- * плохое (тоскливое, подавленное) настроение,
- * бессонницу,
- * плохой аппетит.

Анамнез заболевания

В 12 лет впервые попробовал алкоголь, и хотя «не понравилось», в дальнейшем

эпизодически, 1-2 раза в месяц, в обществе приятелей продолжал употреблять. В 16 лет впервые употребил каннабиноиды, и вновь указывает, что «ощущения были непонятные», что не помешало продолжить эпизодическое употребление в компаниях. В возрасте 22 лет употребил амфетамин внутривенно, и эти ощущения «привлекли», продолжил эпизодическое употребление, преимущественно в кругу знакомых, но на постоянное употребление не перешел, так как «мешало работать». Позже, также в 22 года употребил героин внутривенно до 0,2 г, и в течение 1,5-2 месяцев продолжил введение с регулярностью 1 раз в неделю, «чтобы расслабляться». Через 2 месяца от первого использования перешел на постоянный прием, после чего сформировался абстинентный синдром.

Поскольку за работу модельера вначале получал «неплохие деньги», и, не имея финансовых обязательств, все заработанные деньги мог тратить на наркотики, продолжил употреблять наркотик практически ежедневно, постепенно увеличивая дозу. Дважды на протяжении года предпринимал попытки самому «переломаться дома», но через 2-3 недели возвращался к потреблению. За последние 2 года периоды непрерывной наркотизации выросли до 6 месяцев, с толерантностью до 1 г героина в день внутривенно в 2 приема. Значительно снизился ситуационный и количественный контроль. Выросло число социальных проблем, так как пациент «окончательно испортил себе репутацию».

За полгода до настоящего обращения прошел курс стационарного лечения в специализированном наркологическом отделении, однако ремиссия составила 1 месяц, и затем вновь продолжил наркотизацию, которая стала иметь постоянный характер с толерантностью до 2 г героина в день внутривенно. В итоге самостоятельно решился на повторную госпитализацию.

Анамнез жизни

Со слов пациента:

Наследственная отягощенность не исключена: пациент воспитывался матерью, отец «бросил мать» в период беременности, в дальнейшем скрывался, от выполнения родительских обязанностей и финансовой помощи семье уклонялся. Родился пациент путем кесарева сечения, так как беременность у матери протекала с осложнениями, затем у матери были послеродовые осложнения; вследствие тяжелых родов мать больше не решила иметь детей. В большей степени пациент воспитывался бабушкой, жил в небольшом городке в Подмоскowie, посещал детский сад. У ребенка были проблемы с дисциплиной: он часто вступал в конфликты с другими детьми, дрался, либо

убегал. Мать «навещала» редко, так как работала и «устраивала личную жизнь». Бабушка жалела и баловала пациента, предъявляла минимальные требования, многое делала за него. Пациент рос в атмосфере вседозволенности, отличался капризностью, обидчивостью, эгоистичностью. В школу пошел вовремя, учился неровно: по основным предметам были тройки, по легким четверки. Общался в большей степени в дворовых компаниях, в подростковом возрасте все более отдалялся от общения с членами семьи.

После окончания школы поступил в колледж по специальности «модельер», и по завершении обучения работал в нескольких профильных фирмах. Всегда «быстро сходился» с сотрудниками, вызывал у них доверие, нередко одалживал деньги. Все деньги тратил на наркотики, совершал мелкие кражи, не выполнял договоренности, после чего обычно вынужден был увольняться и искать новое место работы.

Стабильных отношений с женщинами не строил, отношения с матерью и бабушкой возобновлял только в периоды «кризиса» (финансовых затруднений).

Объективный статус

За неделю пребывания в отделении были проведены консультации специалистов и лабораторные исследования: общий анализ крови, мочи, биохимия крови, флюорография, ЭКГ, RW, VD, BL, ВИЧ, анализ на гепатиты.

Установлено наличие: В 18.2 «Хронический гепатит «С» вне обострения», К 71.3 «Токсический гепатит».

Поскольку пациент поступил на 1 день синдрома отмены, вызванного употреблением опиоидов, синдром квалифицирован как средней степени тяжести, была проведена терапия:

* Tab Clopixoli 0.01 0-1-1-1 №4

* Tab Phenazepamі 0.001 0-1-1-1 №4

* Caps. Neuleptili 0.01 0-0-1-1 №4

* Tab Finlepsini 0.2 0-1-1-1 №4

На 5 день госпитализации соматовегетативный компонент синдрома отмены опиоидов был купирован, сохранились нарушения сна с поздним засыпанием и частыми пробуждениями. В дальнейшем на фоне фармакотерапии был

налажен устойчивый лекарственный сон.

На 5 день пациент был переведен из наблюдательной палаты и направлен на проводимые в отделении психотерапевтические и реабилитационные мероприятия.

Психический статус:

Сознание ясное. Верно ориентирован во времени, месте и собственной личности. В поведении упорядочен, но отмечена вегетативная лабильность, при волнении легкий тремор. Темп речи чуть замедлен, иногда отмечалась излишняя детализация объяснений, говорит напряженным и немодулированным голосом, интонации однообразные. Пациент производит впечатление несколько скованного, встревоженного и недовольного; при затрагивании субъективно-неприятных тем отмечается дисфорический оттенок настроения, раздражительность.

Сознание ясное, в месте, времени и собственной личности был ориентирован правильно. Эмоциональный фон неустойчив, преимущественно заметен тревожный оттенок настроения. В беседу вступает охотно, но на вопросы отвечает недостаточно откровенно, односложно, суждения отличаются поверхностностью, в речи использует короткие предложения и сленговые выражения. От ответов на вопросы по поводу причин очередного срыва пытался уклониться, сослался на то, что «просто не выдержали нервы, много проблем накопилось». Настрой на лечение в большей степени носит вынужденный характер, пациент указал, что «Если не брошу, выгонят и с этой работы». При обсуждении сроков лечения отмечено оживление, высказал готовность пройти полный курс и все назначенные мероприятия.

Мышление последовательное, но при обсуждении вопросов, связанных с наркотиками, логические ошибки допускает: определяет ремиссию как полное воздержание от наркотиков, но утверждает, что «один раз в месяц уколоться можно». Отношение к предыдущей госпитализации поверхностное, никаких собственных усилий к воздержанию от употребления наркотика не указал.

Для оценки тяжести абстинентных расстройств может использоваться

- психообразование
- релаксация
- медитация
- конфронтация тревожных переживаний

Результаты обследования

Шкала оценки опиоидного абстинентного синдрома (ОАС)

На момент обследования (5 день пребывания) оценка ОАС составила 13 баллов, что позволяет его определить как умеренно выраженный.

Методика «Индекс жизненного стиля»

Выявлена напряженность защитных механизмов подавления и регрессии.

Тест COPE для оценки присущих пациенту копинг-стратегий

Выявлены ведущие копинг-стратегии: поиск социальной поддержки, принятие ответственности, сотрудничество.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии

Выявлен средний уровень симптомов тревоги и депрессии.

Для оценки патологического влечения к наркотику может использоваться

- психообразование
- релаксация
- медитация
- конфронтация тревожных переживаний

Результаты обследования

Клиническая шкала оценки патологического влечения к наркотику

Суммарный балл по шкале – 9, степень выраженности патологического влечения к наркотику средняя. В структуре синдрома патологического влечения к наркотику превалирует аффективный компонент.

Клинико-психопатологическое обследование с использованием клинической беседы и наблюдения

Можно отметить у пациента признаки некоторого аффективного напряжения, тревожности, при этом на момент беседы патологическое влечение к наркотику пациент категорически отрицает.

Определение психопатологически отягощенной наследственности

Наличие психических расстройств, диагнозов, у близких родственников отрицает, но поскольку об отце ничего не знает, полагает, что «наверное, алкоголик или что похуже».

Госпитальная шкала тревоги и депрессии

Выявлен доклинический уровень симптомов тревоги и депрессии.

Учитывая данные обследования, пациенту можно поставить диагноз

- психообразование
- релаксация
- медитация
- конфронтация тревожных переживаний

Диагноз

F 11.3 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов. Синдром зависимости

F33 Рекуррентное депрессивное расстройство

F41.1 Генерализованное тревожное расстройство

F70 Умственная отсталость легкой степени

Учитывая длительность и тяжесть заболевания необходимо оценить отношение пациента к проводимому лечению с помощью

- опросника для оценки отношения к лекарственным препаратам (_Drug Attitude Inventory - DAI_)
- опросника анозогнозии
- шкалы Дембо-Рубинштейн
- визуальной аналоговой шкалы

Для планирования психотерапевтической помощи полезно знание убеждений пациента, что предполагает использование

- подробного опроса
- наблюдения за поведением в отделении
- теста аддиктивных установок Мак-Маллана-Гейлхар (_MGAA_)
- скринингового теста

Первым этапом работы по проведению мотивационное интервью является

- дистанцирование от эмоционального состояния и симптомов абстиненции
- определение стадии (из числа выделенных в транстеоретической модели изменений Прохазка Дж. и ДиКлементе С.), на которой находится пациент
- конфронтация с антитерапевтическими установками пациента
- психообразование с повышением уровня знаний о пагубных последствиях зависимости от опиатов

Обнаружение амбивалентных установок пациента по отношению к проводимой терапии и трезвости

- свидетельствует о неэффективности предшествовавшей терапии
- предполагает применение психофармакотерапии
- предполагает отказ от дальнейших попыток психотерапевтического ведения
- является обязательным у зависимых от ПАВ пациентов, и позволяет установить и оценить проявления сопротивления и угрозы лечению

К технологиям мотивационной психотерапии, рекомендуемой для данного пациента, относится

- повышение ожиданий от психофармакотерапии
- извлечение самомотивирующих формулировок пациента
- развенчивание завышенной самооценки
- конфронтация чрезмерного оптимизма

Важная и обязательная технология в составе мотивационного интервью, связанная с оптимальным представлением пациента о своих возможностях, - это

- конфронтация чрезмерного оптимизма
- поддержание самоэффективности
- повышение ожиданий от психофармакотерапии
- преодоление завышенной самооценки

В данном случае степень сопротивления терапии высоко вероятно обусловлена искажениями установок и убеждений в отношении потребления. Это предполагает

- работу с аддиктивными установками пациента, выявленными в беседе и/или при проведении теста аддиктивных установок Мак-Маллана-Гейлхар (_MGAA_)
- конфронтацию дезадаптивных убеждений
- изменение контртерапевтических установок с использованием суггестии
- критический анализ поведения пациента в отделении

До выписки пациента из стационара необходимо совместно и по согласию с пациентом

- подобрать необходимую для пациента психофармакотерапию, заменяющую эффекты наркотика
- подобрать реабилитационную амбулаторную программу и/или терапевтическое сообщество, получить согласие пациента на участие в этой работе

- связаться с родными пациента, поручить им контролировать его трезвость после выписки
- предложить пациенту тренинг личностного роста, гештальт-терапию, тренинг социальных навыков

После выписки из стационара пациенту необходимо

- участие в психодинамической группе
- участие в семейной психотерапии
- участие в реабилитационной амбулаторной программе
- прохождение психоаналитической индивидуальной психотерапии