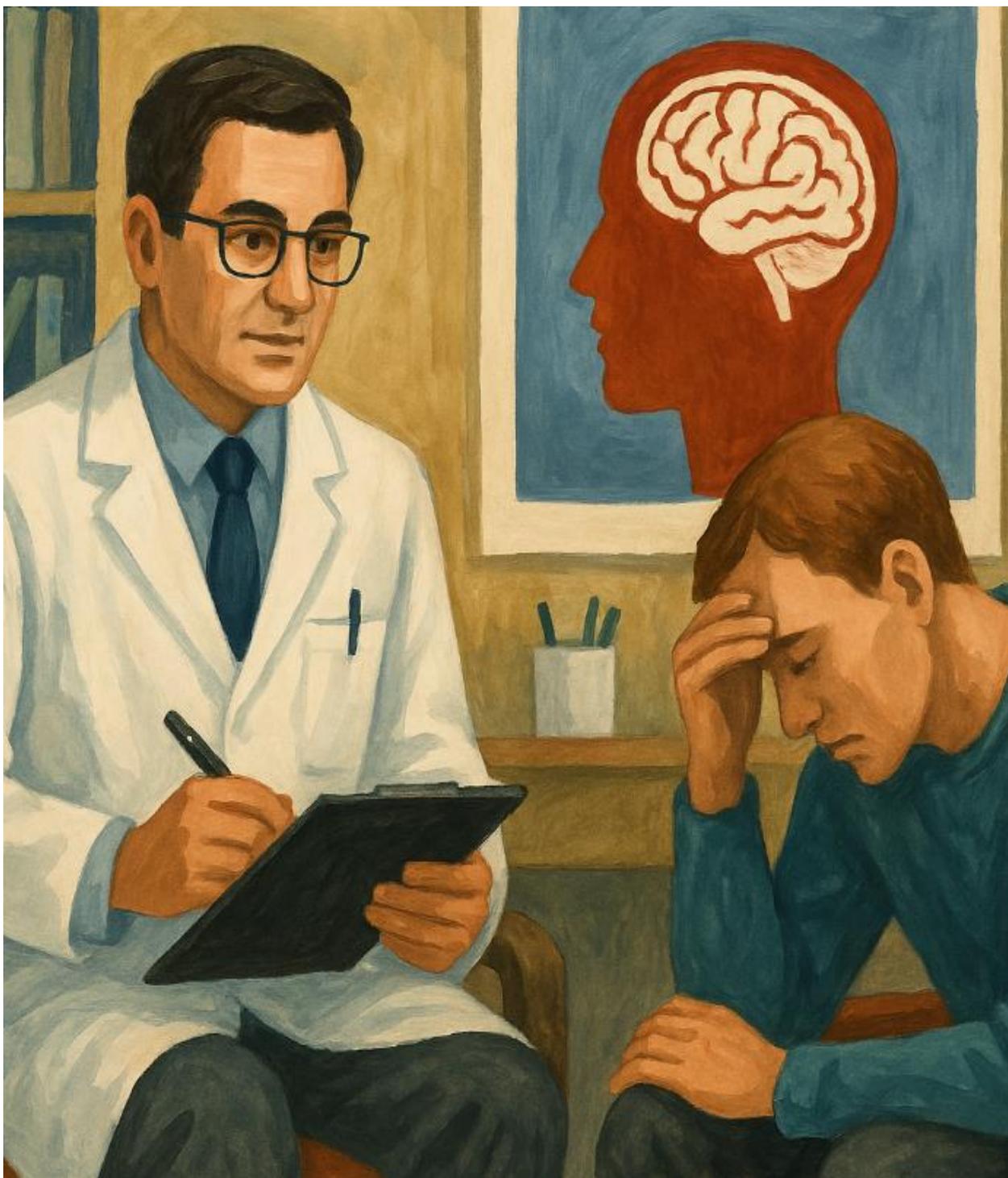


Ситуационные задачи

Психиатрия-наркология

medkeys.ru/product/psihiatr-narkolog/



Условие ситуационной задачи

Ситуация

18-летний студент приведен на амбулаторный прием к психиатру-наркологу матерью

Жалобы

на сильное чувство тревоги, страх, жажду

Анамнез заболевания

Ранее за психиатрической или наркологической помощью не обращался. За несколько часов до визита к врачу праздновал сдачу экзамена в гостях у одного из однокурсников, где ему «предложили покурить кальян». Примерно через 15 минут от начала курения почувствовал себя плохо. Ощутил сердцебиение, головокружение, звон в ушах и тошноту. Покинул компанию и вернулся домой на такси. Приехав домой, отмечал выраженную тревогу, панику, «не мог найти себе место». Сразу пожаловался родителям на свое состояние, сообщил, что чувствует себя «нереальным», как будто наблюдает за собой со стороны. Согласился с предложением матери немедленно обратиться за медицинской помощью.

Анамнез жизни

* среди ближайших родственников никто к психиатрам не обращался; * курит до 10 сигарет в сутки, алкоголь употребляет примерно 2 раза в месяц, выпивая до 0,5 л пива или до 100 мл крепких напитков; * перенес детские инфекции без осложнений.

Объективный статус

Всесторонне ориентирован верно. Отрицает наличие каких-либо галлюцинаций. Выглядит испуганным, взволнованным. Двигательно оживлен. Говорит громким голосом. Темп речи ускорен. Сообщает, что испытывает «какую-то панику». Дополнительно сообщает, что сильно проголодался. Просит налить ему воды, так как «пересохло во рту». Рассказывает, что 10-минутная поездка на машине к врачу «как будто бы длилась пять часов». Отрицает намеренное употребление каких-либо психоактивных веществ. При осмотре обращает на себя внимание инъекция склер, частота сердечных сокращений равная 105.

Учитывая данные анамнеза и клиническую картину, подобное состояние, скорее всего, является следствием употребления

- галлюциногенов
- психостимуляторов
- опиоидов

- каннабиноидов

Учитывая данные анамнеза и клиническую картину, предварительным диагнозом по МКБ-10 является

- галлюциногенов
- психостимуляторов
- опиоидов
- каннабиноидов

Диагноз

Согласно стандарту специализированной медицинской помощи при острой интоксикации, вызванной употреблением психоактивных веществ, обязательным для каждого пациента является проведение первичного приема врача

- анестезиолога-реаниматолога
- психиатра
- невролога
- психиатра-нарколога

Согласно стандарту специализированной медицинской помощи при острой интоксикации, вызванной употреблением психоактивных веществ, лабораторным методом исследования, который применяется каждому пациенту, является

- определение наличия психоактивных веществ в волосах
- исследование уровня психоактивных веществ в крови
- реакция Вассермана
- общий (клинический) анализ крови
- общий анализ мочи
- общетерапевтический биохимический анализ крови

С целью установления факта употребления психоактивных веществ в течение 72 часов показано проведение

- химико-токсикологического анализа для выявления психоактивных веществ в моче
- квартального анализа для выявления психоактивных веществ в крови
- хромато-масс-спектрометрии для выявления психоактивных веществ в ногтях
- газовой хроматографии для выявления психоактивных веществ в волосах

Предварительный качественный скрининг для выявления искомого психоактивного вещества осуществляется преимущественно с помощью

- высокоэффективной жидкостной хроматографии
- тонкослойной хроматографии
- газожидкостной хроматографии
- хромато-масс-спектрометрии

Наиболее длительно информацию об употреблении психоактивного вещества сохраняет

- моча
- ногтевая пластина
- слюна
- кровь

При проведении предварительного качественного скрининга для выявления употребления психоактивных веществ неидентифицированными остаются

- барбитураты
- кустарно изготовленные стимуляторы
- синтетические каннабиноиды
- синтетические опиаты

Учитывая предположительный диагноз, полную редукцию симптомов интоксикации, скорее всего, можно ожидать в течение + _____ + часов после приема психоактивного вещества

- 48
- 24
- 6-12
- 1-2

Данная клиническая картина не соответствует критериям диагноза острой интоксикации каннабиноидами с делирием (F12.03), так как характеризуется

- наличием тревоги и страха
- наличием деперсонализации
- сохранением всесторонней ориентировки
- психомоторным возбуждением

Учитывая данные анамнеза и клиническую картину, пациенту показано

- лечение психопатологических нарушений, вызванных интоксикацией

- проведение активной специфической противорецидивной фармакотерапии
- прохождение стационарного курса лечения в отделении закрытого типа
- проведение курса терапии синдрома отмены каннабиноидов

При употреблении каннабиноидов острые интоксикационные психозы чаще возникают при приеме высоких доз

- лечение психопатологических нарушений, вызванных интоксикацией
- проведение активной специфической противорецидивной фармакотерапии
- прохождение стационарного курса лечения в отделении закрытого типа
- проведение курса терапии синдрома отмены каннабиноидов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 34 лет обратилась в приемный покой клиники в сопровождении матери.

Жалобы

На плохое настроение, слабость, отсутствие аппетита.

Анамнез заболевания

Систематическое злоупотребление алкоголем с 26 лет, «от скуки»; дома 1-2-3 раза в неделю выпивала до 1,5 л пива или 150,0 г водки. После знакомства с немецким бизнесменом выпивки участились, и за 1 год суточная переносимость алкоголя возросла до 2 л пива и 0,5 л водки. Теряя меру, стала напиваться, в опьянении бывала скандальной и агрессивной. С 29 лет сформировался синдром похмелья (тошнота, рвота, влечение к спиртному). К этому времени алкоголь употребляла практически ежедневно. Дважды, подчиняясь уговорам матери, безуспешно лечилась методом «кодирования» (срывы – в «питейных» ситуациях). В алкогольном опьянении попала в автоаварию, а также совершила магазинную кражу с целью «повысить заряд адреналина», после чего задержана милицией и поставлена на учет в районный ПНД. От лечения уклонялась, ежедневно потребляла алкоголь, была уволена, живет на иждивении у матери.

Анамнез жизни

Родилась от здоровой беременности; старшая сестра злоупотребляет алкоголем. Росла активной, подвижной, эмоциональной, впечатлительной; в школе недолго участвовала во множестве внеклассных занятий: хореография, фигурное катание, секция борьбы дзюдо и т.д.; отличалась «яркой»

внешностью, любила шумные компании, пользовалась успехом у молодых людей; половая жизнь с 15 лет. Окончила финансово-экономический институт, заочные курсы психологов. Работала бухгалтером в иностранных компаниях, в совершенстве овладела немецким языком, неоднократно со служебными командировками посещала страны Западной Европы. В течение 10 лет имеет сожителя, злоупотребляющего алкоголем. Он – бизнесмен, гражданин Германии, женат. Бездетна.

Объективный статус

Соматический статус. Лицо гиперемировано, склеры инъецированы сосудами, АД 105/70 мм рт. ст., н/край печени выступает на 3 см, б/болезненный.

Неврологический статус. Незначительная асимметрия оскала, сухожильные рефлексы снижены, покачивание в позе Ромберга, тремор пальцев вытянутых рук, стойкий красный дермографизм. В остальном – норма Психический статус.

При поступлении одета неряшливо, неухожена, эмоционально лабильна, обвиняет мать в «жестоком» к ней отношении. Свое плохое самочувствие, жизненные неудачи, обращение в клинику связывает с «вынужденной» алкоголизацией, причину которой видит исключительно в «сложившихся обстоятельствах». Речь быстрая, сбивчивая, часто отвечает не по существу; старается приукрасить себя, скрывает истинные размеры пьянства, называет себя «психологом», «тонким ценителем искусства»; выражает настроенность на лечение, но трезвеннические планы неопределенные; не отрицает желание выпить. В отделении длительно сохранялась эмоциональная нестабильность, обвиняла мать в жизненной неустроенности, в отсутствии собственного жилья, в плохих отношениях с сожителем, становилась раздражительной, грубой, требовала к себе повышенного внимания, пыталась диктовать врачу условия лечения.

Стандарт специализированной медицинской помощи предполагает в первую очередь в данной клинической ситуации использовать медицинскую услугу в форме первичного приема (осмотр, консультация) врача

- дерматовенеролога
- анестезиолога-реаниматолога
- медицинского психолога
- психиатра-нарколога

Настоящая клиническая ситуация, согласно Стандарту оказания специализированной медицинской помощи, диктует в первую очередь необходимость лабораторного метода исследования крови в виде

- дерматовенеролога
- анестезиолога-реаниматолога

- медицинского психолога
- психиатра-нарколога

Результаты лабораторного метода исследования

О чрезмерном потреблении пациенткой алкоголя свидетельствует повышение нормальных значений

- гамма-глутамилтрансферазы (ГГТ), аланин-аминотрансферазы (АлАТ) и аспарта-аминотрансферазы (АсАТ)
- содержания общего белка
- гемоглобина
- количества эритроцитов

О наличии у больного синдрома отмены алкоголя, согласно критериям МКБ-10, свидетельствуют клинические признаки в виде

- неопрятного внешнего вида
- эмоциональной лабильности
- отсутствия достаточного уровня критики
- явлений интоксикации в совокупности с влечением к алкоголю

Согласно критериям МКБ-10, пациентку можно отнести к личностно-характерологическому полюсу, описанному как

- ананкастный
- параноидный
- шизоидный
- истерический

В соответствии с МКБ-10, в данной клинической ситуации с целью обоснования лечебно-диагностических мероприятий на первое место медицинской карты стационарной больного (форма 003/у) целесообразно поставить шифр в виде

- F10.3 Абстинентное состояние (синдром отмены алкоголя)
- F10.202. Синдром зависимости от алкоголя. В настоящее время воздержание (ремиссия). Средняя стадия зависимости
- F10.2. Синдром зависимости, вызванный употреблением алкоголя
- F10.1 Пагубное (с вредными последствиями) употребление алкоголя

Наиболее полно отразит клинико-терапевтическую ситуацию в медицинской карте стационарного больного (форма 003/у) шифр диагноза заключительного клинического по МКБ-10 в виде

- F10.202. Синдрома зависимости от алкоголя. В настоящее время воздержание (ремиссия). Средняя стадия зависимости
- F10.222 Синдрома зависимости от алкоголя. В настоящее время на поддерживающем режиме клинического наблюдения. Средняя стадия зависимости
- F10.20. В настоящее время воздержание (ремиссия)
- F10.21. Синдрома зависимости от алкоголя. В настоящее время воздержание, но в условиях, исключающих употребление алкоголя

Имевшиеся у пациентки доблезненные расстройства настроения следует отнести к эмоциональным нарушениям в форме

- психопатии
- посттравматического стрессового расстройства
- невротических расстройств
- эндогенной патологии

Основаниями для применения Стандарта специализированной медицинской помощи в данной клинической ситуации является

- склонность к криминальному поведению больной в состоянии опьянения
- особенность объективного статуса пациентки в виде признаков синдрома отмены алкоголя
- противоречивость суждений больной о своем пьянстве
- присутствие при сборе объективного анамнеза матери пациентки

К первостепенным задачам терапии синдрома отмены алкоголя (СОА) относят

- реконструкцию дисгармоничных внутрисемейных отношений
- приведение нарушенного качества жизни к нормативным показателям
- детоксикацию, восстановление и стабилизацию психофизического состояния больного
- восстановление и стабилизацию социального функционирования

Коренное отличие синдрома отмены алкоголя от состояния постинтоксикации заключается в

- желании опохмелиться
- условиях реализации «тяги» к алкоголю
- наличии сенсорных нарушений
- более выраженных психофизических расстройствах

Главной причиной, по которой алкоголизм у женщин, в сравнении с алкоголизмом у мужчин, пользуется в обществе репутацией злокачественного, является

- желании опохмелиться
- условиях реализации «тяги» к алкоголю
- наличии сенсорных нарушений
- более выраженных психофизических расстройств

Условие ситуационной задачи

Ситуация

18-летний студент приведен на амбулаторный прием к психиатру-наркологу матерью.

Жалобы

Жалуется на сильное чувство тревоги, страх, жажду.

Анамнез заболевания

Ранее за психиатрической или наркологической помощью не обращался. За несколько часов до визита к врачу праздновал сдачу экзамена в гостях у одного из однокурсников, где ему «предложили покурить кальян». Примерно через 15 минут от начала курения почувствовал себя плохо. Ощутил сердцебиение, головокружение, звон в ушах и тошноту. Покинул компанию и вернулся домой на такси. Приехав домой, отмечал выраженную тревогу, панику, «не мог найти себе место». Сразу пожаловался родителям на свое состояние, сообщил, что чувствует себя «нереальным», как будто наблюдает за собой со стороны. Согласился с предложением матери немедленно обратиться за медицинской помощью.

Анамнез жизни

* среди ближайших родственников никто к психиатрам не обращался; * курит до 10 сигарет в сутки, алкоголь употребляет примерно 2 раза в месяц, выпивая до 0,5 л пива или до 100 мл крепких напитков; * перенес детские инфекции без осложнений.

Объективный статус

Всесторонне ориентирован верно. Отрицает наличие каких-либо галлюцинаций. Выглядит испуганным, взволнованным. Двигательно оживлен. Говорит громким голосом. Темп речи ускорен. Сообщает, что испытывает «какую-то панику». Дополнительно сообщает, что сильно проголодался. Просит налить ему воды, так как «пересохло во рту». Рассказывает, что 10-минутная поездка на машине к врачу «как будто бы длилась пять часов». Отрицает намеренное употребление

каких-либо психоактивных веществ. При осмотре обращает на себя внимание инъекция склер, частота сердечных сокращений равная 105.

Учитывая данные анамнеза и клиническую картину, подобное состояние, скорее всего, является следствием употребления

- психостимуляторов
- каннабиноидов
- опиоидов
- галлюциногенов

Учитывая данные анамнеза и клиническую картину, предварительным диагнозом по МКБ-10 является

- психостимуляторов
- каннабиноидов
- опиоидов
- галлюциногенов

Диагноз

Согласно стандарту специализированной медицинской помощи при острой интоксикации, вызванной употреблением психоактивных веществ, обязательным для каждого пациента является проведение первичного приема

- врача анестезиолога-реаниматолога
- врача психиатра-нарколога
- врача невролога
- врача психиатра

Согласно стандарту специализированной медицинской помощи при острой интоксикации, вызванной употреблением психоактивных веществ, лабораторными методами исследования, которые применяются каждому пациенту, являются

- врача анестезиолога-реаниматолога
- врача психиатра-нарколога
- врача невролога
- врача психиатра

Результаты лабораторных методов обследования

С целью установления факта употребления ПАВ в течение 72 часов показано проведение

- химико-токсикологического анализа для выявления ПАВ в моче
- хромато-масс-спектрометрии для выявления ПАВ в ногтях
- квартального анализа для выявления ПАВ в крови
- газовой хроматографии для выявления ПАВ в волосах

Предварительный качественный скрининг для выявления искомого ПАВ осуществляется преимущественно с помощью

- хромато-масс-спектрометрии
- тонкослойной хроматографии
- высокоэффективной жидкостной хроматографии
- газожидкостной хроматографии

Наиболее длительно информацию об употреблении ПАВ сохраняет

- моча
- ногтевая пластина
- кровь
- слюна

При проведении предварительного качественного скрининга для выявления употребления ПАВ неидентифицированными остаются

- синтетические каннабиноиды
- синтетические опиаты
- барбитураты
- кустарно изготовленные стимуляторы

Учитывая предположительный диагноз, полную редукцию симптомов интоксикации, скорее всего, можно ожидать в течение + _____ + часов после приема ПАВ

- 6-12
- 1-2
- 48
- 24

Данная клиническая картина не соответствует критериям диагноза острой интоксикации каннабиноидами с делирием (F12.03), так как характеризуется

- страхом

- психомоторным возбуждением
- сохранением всесторонней ориентировки
- деперсонализацией

Учитывая данные анамнеза и клиническую картину, пациенту показано

- лечение психопатологических нарушений, вызванных интоксикацией
- лечение синдрома отмены каннабиноидов
- прохождение стационарного курса лечения
- противорецидивная фармакотерапия

При употреблении каннабиноидов острые интоксикационные психозы чаще возникают при приеме высоких доз

- лечение психопатологических нарушений, вызванных интоксикацией
- лечение синдрома отмены каннабиноидов
- прохождение стационарного курса лечения
- противорецидивная фармакотерапия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В наркологическую клинику обратилась женщина в возрасте 38 лет.

Жалобы

Предъявляет жалобы на сложности с контролем над употреблением алкоголя, чувство труднопреодолимой тяги к приему алкоголя, прерывистый сон. Акцентирует внимание на психологических проблемах.

Анамнез заболевания

Первое знакомство с алкоголем в 17 летнем возрасте в асоциальной компании. Состояние опьянение понравилось. В последующем из-за психологических проблем, стала выпивать чаще и более крепкий алкоголь. Толерантность выросла до 0.5 л виски. С 27 лет отмечает наличие палимпсестов. Со слов пациента, после приема средней дозы на следующий день амнезируется ряд событий, хотя, в момент опьянения, сохраняется способность действовать и говорить, не производя на окружающих впечатления сильного опьянения. В опьянении отмечает что становится более активной, легче общаться и решать вопросы. В основном использует алкоголь для снятия стресса, и напряжения, которое скапливается в течение дня. Выпивает вечером, после работы и на выходных. Наблюдается постоянное повышение дозы спиртного и трудности с контролем над выпитым. Запоев и выраженного синдрома отмены алкоголя не отмечает. Последний прием алкоголя накануне поступления, вечером для

снятия усталости – 200 грамм водки. Пробовала самостоятельно контролировать прием алкоголя, не получается. Обращалась за помощью к психологу и психотерапевту. Результатов не было. Вместе с родными приняла решение обратиться в наркологическую клинику с последующим лечением и наблюдением в отделении медико-социальной реабилитации.

Анамнез жизни

Родилась в семье служащих первым ребенком Беременность желанная. Имеет сестру 25 лет –здорова. В раннем возрасте признаков отставания в развитии от сверстников не отмечалось. Часто болела простудными заболеваниями, перенесла в выраженной форме ряд детских инфекционных болезней. В дошкольном возрасте перенесла двухстороннюю пневмонию, находилась на стационарном лечении, в течение нескольких лет проводилось санаторно-курортное восстановительное лечение. В школу пошла с 7 лет. Училась хорошо, но без особого интереса. Предпочтение отдавала гуманитарным наукам, отмечает литературу и историю. За время учебы дважды меняла школу в связи с переездом на новое место жительства. Взаимоотношения со сверстниками складывались хорошие. Всегда могла найти контакт даже в новой и незнакомой компании. После окончания 11 классов поступила в институт советской торговли по специальности товаровед. Во время учебы вышла замуж. В настоящее время проживает отдельно от родителей. Имеет дочь 5 лет. Взаимоотношения с мужем испорчены из-за приема алкоголя. Для нормализации отношений в семье и решила обратиться за помощь. Вредные привычки: злоупотребляет алкоголем, курит. Прививочный анамнез не помнит (со слов пациента прививался, «как все» в школе и в училище). От гриппа прививки не делала.

Объективный статус

Соматический статус. Внешний вид соответствует возрасту. Телосложение – астеническое. Кожа бледная, видимые слизистой обычной окраски. Дефектов развития, следов ран, порезов не отмечается. Тоны сердца приглушены. АД 130/100 мм.рт.ст. Ps 78 уд/мин. В легких дыхание везикулярное. Хрипов нет. Живот мягкий безболезненный во всех отделах. Печень по краю реберной дуги, при пальпации незначительно болезненна. Стул регулярный. Мочеиспускание в норме. Синдром Пастернацкого отрицательный. Отеков нет. Неврологический статус. Патологические знаки со стороны черепно-мозговых нервов без патологии. Ригидность затылочных мышц и менингеальная симптоматика отсутствует. OS=OD округлой формы. Фотореакция сохранена. Девиации языка нет. В позе Ромберга устойчива. Координационные пробы выполняет неуверенно. Отмечается незначительный тремор пальцев рук. Психический статус: Внешний вид опрятный, соответствует возрасту. В месте, времени и собственной личности ориентирована правильно. Сознание ясное. Поведение доброжелательное, контакту доступна. Сон прерывистый, аппетит снижен.

Эмоциональный фон неустойчив. Речь грамматически и логически построена верно. Интеллект соответствует полученному образованию. Вне суицидальных тенденций и психопродуктивной симптоматики. Нарушений в интеллектуально-мнестической сфере не выявлено. Критика к заболеванию и мотивация к трезвому образу жизни декларативная.

В данной клинической ситуации, при первичном поступлении в клинику, для постановки диагноза и оказания медицинской помощи следует использовать

- стандарт специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением психоактивных веществ
- стандарт специализированной медицинской помощи при пагубном употреблении психоактивных веществ
- стандарт первичной специализированной медико-санитарной помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением психоактивных веществ
- стандарт первичной специализированной медико-санитарной помощи при пагубном употреблении психоактивных веществ

+ + входит в Стандарт специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением психоактивных веществ, и является наиболее информативным для диагностики алкогольного поражения печени

- стандарт специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением психоактивных веществ
- стандарт специализированной медицинской помощи при пагубном употреблении психоактивных веществ
- стандарт первичной специализированной медико-санитарной помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением психоактивных веществ
- стандарт первичной специализированной медико-санитарной помощи при пагубном употреблении психоактивных веществ

Результаты

Наиболее подходящим баллом для определения алкогольной зависимости при проведении теста на выявление нарушений, связанных с употреблением алкоголя (AUDIT) является

- 22
- 10
- 7
- 19

+ _____ + является правильной диагностической группой по МКБ-10

- 22
- 10
- 7
- 19

Диагноз

Верным определением синдрома зависимости по МКБ-10 является

- «сочетание соматических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление вещества или класса веществ начинает занимать одно из первых мест в системе ценностей индивидуума»
- «сочетание биологических, поведенческих и духовных явлений, при которых употребление вещества или класса веществ начинает занимать первое место в системе ценностей индивидуума»
- «сочетание соматических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление вещества или класса веществ начинает занимать первое место в системе ценностей индивидуума»
- «сочетание соматических, социальных и духовных явлений, при которых употребление вещества или класса веществ начинает занимать первое место в системе ценностей индивидуума»

Верным количеством диагностических критериев достаточных для постановки диагноза «начальная стадия синдрома зависимости» по МКБ 10 является + _____ + критерий/ критерия

- 3
- 1
- 4
- 2

Первостепенную роль в установлении диагноза «синдром зависимости» играет + _____ + диагностика

- лабораторная
- психологическая
- экстрасенсорная
- клиническая

Данному клиническому случаю, согласно клинической классификации Еллинека, соответствует + _____ + форма алкогольной зависимости

- альфа
- дельта
- бета
- гамма

Услуга «прием (осмотр, консультация)

+

+ входит в

Стандарт специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением психоактивных веществ

- аддиктолога первичный
- врача-психотерапевта амбулаторный
- психолога
- врача-психотерапевта первичный

Методы + + терапии используются для устранения чувства страха, напряженности и неуверенности в себе, в состоянии абстиненции

- психодрамы
- суггестивной
- поведенческой
- арт

+

+ - частый

признак высокого уровня реабилитационного потенциала, согласно клиническим рекомендациям по медицинской реабилитации больных наркологического профиля

- Относительно позднее начало употребления алкогольных напитков (18-20 лет)
- Относительно позднее начало употребления алкогольных напитков (14-15 лет)
- Низкая толерантность к алкоголю
- Наличие судорожного синдрома

+

+ является условием эффективности медицинской реабилитации

- Относительно позднее начало употребления алкогольных напитков (18-20 лет)
- Относительно позднее начало употребления алкогольных напитков (14-15 лет)
- Низкая толерантность к алкоголю
- Наличие судорожного синдрома

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 56 лет обратилась за помощью в наркологическую клинику в сопровождении дочери.

Жалобы

Плохое самочувствие, плаксивость, нарушения сна и раздражительность.

Анамнез заболевания

Первое знакомство с алкоголем было в институтские годы на практике. После незначительного употребления спиртного была сильная рвота с потерей сознания и сильная головная боль. Состояние опьянения не понравилось и вызвало стойкий отказ от каких-либо спиртных напитков. В настоящее время злоупотребляет алкоголем в течение последних двух лет, после смерти мужа и трагической смерти сына. Сначала выпивала потихоньку, чтобы никто не заметил и все делали вид что не замечают. Но вскоре прием алкоголя не только увеличился, но и стал ежедневным. Пробовали взывать к совести, пугали, вызывали нарколога на дом, но все безрезультатно. Толерантность до 1 литра водки в сутки. Запой от 3-5 дней, с промежутками до 7 дней. Последний запой две недели назад. Дочь взяла отпуск и находилась с матерью и у нее получилось уговорить ее обратиться за помощью.

Анамнез жизни

Наследственность психическими заболеваниями неотягощена. Со слов больной дядя и двоюродный дедушка со стороны отца сильно пили. В школу пошла с 7 лет, адаптировалась в детском коллективе хорошо. Училась хорошо. Больше нравились точные науки- математика. Занималась легкой атлетикой, стрельбой из лука. Любила вышивать, вязать. По характеру всегда была общительной, доброй. После окончания школы училась в политехническом институте водоснабжения и мелиорации, работала по специальности. Больная вышла замуж в 22 года, имеет двух взрослых дочерей. После развода в 2000 году переехала в Москву. Работала все это время по специальности инженером в Мосводоканале. В настоящее время не работает, состоит на бирже труда. Проживает вместе со старшей дочерью

Объективный статус

Соматический статус. Общее состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 36,9 Среднего роста, умеренного питания. Кожные покровы бледные. Склеры инъецированы. Язык сухой, незначительно обложен желтым налетом. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, слегка приглушенные. АД 160/100 мм. рт. ст. ЧСС 91 ударов в минуту. Живот мягкий,

безболезненный при пальпации, печень по краю реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул и мочеиспускание в норме. Неврологический статус. Лицо симметричное, язык по средней линии. Зрачки среднего размера (OD=OS), реакция на свет живая. Нистагм отсутствует. В позе Ромберга устойчива. Отмечается тремор пальцев вытянутых рук. Сухожильные рефлексы симметричные, живые. Менингеальных знаков и очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Психический статус. Ориентирована во времени, месте, в собственной личности правильно. Внешне опрятна. Во время беседы неусидчива. Фон настроения снижен, плаксива. Речь тихая, внятная, последовательная. В беседу вступает неохотно, но доброжелательна, хочет показать свою заинтересованность. Влечение к алкоголю не отрицает. Четко отвечает на поставленные вопросы, преуменьшает последствия злоупотребления спиртным. Просит помощи. Жалуется на слабость, бессонницу, плохое самочувствие, нестабильность в настроении. Высказывает установку на лечение в стационаре. Суицидальных тенденций на момент осмотра не выявлено. Аллегоanamнез не отягощен. Травмы, операции, ч. м. т., наследственные заболевания у ближайших родственников отрицает.

Наиболее информативным лабораторным показателем для выявления недавнего употребления алкоголя является

- Относительно позднее начало употребления алкогольных напитков (18-20 лет)
- Относительно позднее начало употребления алкогольных напитков (14-15 лет)
- Низкая толерантность к алкоголю
- Наличие судорожного синдрома

Результаты обследования

Наиболее информативным лабораторным показателем для определения у пациента ежедневного употребления этанола свыше 60 г является

- Относительно позднее начало употребления алкогольных напитков (18-20 лет)
- Относительно позднее начало употребления алкогольных напитков (14-15 лет)
- Низкая толерантность к алкоголю
- Наличие судорожного синдрома

Результаты

Опираясь на диагностические критерии МКБ 10, данному пациенту следует установить

- Относительно позднее начало употребления алкогольных напитков (18-20 лет)
- Относительно позднее начало употребления алкогольных напитков (14-15 лет)
- Низкая толерантность к алкоголю
- Наличие судорожного синдрома

Диагноз

Исходя из наркологического анамнеза, пациенту следует выставить + _____ + стадию

- F10.2x2
- F10.2x9
- F10.2x1
- F10.2x3

При постановке диагноза «Синдром зависимости» клиническая диагностика

- играет второстепенную роль
- не информативна без физикальных методов исследования
- не информативна без лабораторных методов исследования
- занимает ведущую роль

Терапия пациентки должна осуществляться в _____ условиях

- стационарных
- амбулаторных
- домашних
- любых

Тактика лечения пациентки предполагает

- проведение комплексного медикаментозного и психотерапевтического лечения
- назначение психотропных препаратов в связи с возможным появлением патологического влечения к алкоголю
- назначение антидепрессантов в первые дни
- лечение абстинентного состояния и продолжение лечения в амбулаторных условиях

Целью психотерапии данного пациента будет являться

- мотивирование на лечение и реабилитацию
- проведение эмоционально-стрессовой терапии
- вовлечение в программу - 12 шагов
- участие в групповой психотерапии

Проведение психотерапии для пациентов с Синдромом зависимости от алкоголя определяется

- желанием родственников больной
- постановкой цели и психотерапевтическими мишенями
- сроками лечения в лечебном учреждении
- желанием пациентки

При организации лечения пациентов с синдромом зависимости от алкоголя, предпочтительно использовать методы психотерапии

- с доказанной эффективностью
- наиболее часто используемые клиническим психологом
- которыми уверенно владеет врач психотерапевт
- которые рекомендуют родственники больного

Личностно-ориентированная психотерапия при синдроме зависимости направлена на

- помощь в принятии, что болезнь не излечима
- изменение отношения родственников больного к пациенту
- изменение поведенческих, эмоциональных, когнитивных паттернов
- увеличение сроков пребывания в стационаре

Проведение семейной психотерапии при синдроме зависимости должно быть направлено на

- помощь в принятии, что болезнь не излечима
- изменение отношения родственников больного к пациенту
- изменение поведенческих, эмоциональных, когнитивных паттернов
- увеличение сроков пребывания в стационаре

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина, 41 год. Обратилась в приемный покой клиники в сопровождении старшей сестры.

Жалобы

Активно жалуется на головную боль, плохое настроение, раздражительность, сердцебиение.

Анамнез заболевания

Начало регулярного потребления 0,5-0,7 л шампанского с 25 лет с деловыми партнерами. Через 1,5 года – утрата количественного контроля, рост суточной толерантности до 0,5 л коньяка; формирование синдрома отмены в возрасте 30-31 года (дискомфорт, сердцебиение, озноб, тремор рук, бессонница; казалось, что люди смотрят осуждающе). Особенно много выпивала после серьезных психотравмирующих событий (аборт по настоянию мужа, крупные неудачи в бизнесе, смерть брата, ампутация матки после пельвиоперитонита). В последние 2 года – запои по 1-2 недели с промежутками 2-3 недели. Прежде в наркологические лечебные учреждения не обращалась, последнее употребление алкоголя 2 дня назад. Сестра больной считает крайне необходимым лечение в больнице.

Анамнез жизни

Старший брат больной страдал алкоголизмом, окончил жизнь самоубийством. Обладала «живым» характером, стремилась выделиться среди сверстников, была зачинщицей всякого рода развлечений, которые часто носили близкий к хулиганскому характер. Образование – неоконченное высшее. С 23 лет успешно занимается частным предпринимательством. Замужем, имеет 2-х здоровых детей. В течение последних 2-х лет из-за её пьянства отношения в семье ухудшились; теряет доходы в бизнесе. Соматические (в том числе – гинекологические) заболевания отрицает.

Объективный статус

Соматический статус. Гиперстеник. Лицо, ноги отечны. Склеры иктеричны. Тахикардия до 90 уд/мин. АД – 150/100 мм.рт.ст. Рубец по средней линии живота. Печень выступает на 4 см из-под края реберной дуги, пальпация болезненная. Запоры. Неврологический статус. Со стороны черепно-мозговых нервов без патологии, сухожильные рефлексы равномерно снижены, снижение поверхностной чувствительности на нижних конечностях по типу “носков”. Психический статус. Всесторонне ориентирована. Выглядит старше своих лет, в беседе слегка заторможена. Влечение к спиртному отрицает, но соглашается с тем, что в других условиях "приняла бы грамм 150". Оживляется, рассказывая о выпивках, об алкогольных напитках. Считает, что сама может справиться с заболеванием. Согласна на госпитализацию, но просит врача выписать ее «пораньше», высказывает явное недовольство мнением о необходимости «серьёзного» лечения.

Наиболее информативным лабораторным методом исследования, входящим в Стандарт специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости для диагностики алкогольного поражения печени, у данной пациентки является

- помощь в принятии, что болезнь не излечима
- изменение отношения родственников больного к пациенту
- изменение поведенческих, эмоциональных, когнитивных паттернов
- увеличение сроков пребывания в стационаре

Результаты лабораторных методов обследования

В данной клинической ситуации, согласно Стандарту специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости, показаны такие виды инструментальной диагностики, как

- помощь в принятии, что болезнь не излечима
- изменение отношения родственников больного к пациенту
- изменение поведенческих, эмоциональных, когнитивных паттернов
- увеличение сроков пребывания в стационаре

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая данные анамнеза и объективного статуса, диагноз при поступлении согласно МКБ-10 может быть сформулирован как

- помощь в принятии, что болезнь не излечима
- изменение отношения родственников больного к пациенту
- изменение поведенческих, эмоциональных, когнитивных паттернов
- увеличение сроков пребывания в стационаре

Диагноз

Наиболее значимым из не прямых биохимических маркеров злоупотребления алкоголем, согласно данным биохимического анализа крови, является уровень содержания

- триглицеридов
- гамма-глутамилтрансферазы
- аланинаминотрансферазы
- щелочной фосфатазы

Основаниями для установления у больной клинического диагноза по МКБ-10 «F10.2. Синдром зависимости, вызванный употреблением алкоголя», являются следующие 3 анамнестических признака

- психотравмирующие жизненные обстоятельства, сниженная способность контролировать прием алкоголя, неудачи в бизнесе, постоянная форма пьянства
- чувство труднопреодолимой тяги к приему алкоголя, сниженная способность контролировать прием алкоголя, синдром отмены
- характерологические особенности, наличие дистрессов в анамнезе, неудачи в бизнесе, чувство труднопреодолимой тяги к приему алкоголя
- утрата количественного контроля потребления алкоголя, запойное пьянство, ослабление социальных позиций, семейные неурядицы с элементами насилия

Первоочередные врачебные действия с учетом текущего состояния больной должны заключаться в

- детоксикации и восстановлении психофизического состояния
- переводе больной в психосоматическое отделение с учетом объективного состояния
- мотивации пациентки к немедленному участию в групповой психотерапии
- переводе больной в медицинскую организацию, осуществляющую социальную реабилитацию

Основанием для назначения больной инфузионной терапии является наличие

- недостаточного уровня критики к заболеванию в сочетании с большой давностью болезни
- мнение родственницы больной о необходимости больничного лечения
- длительно существующая запойная форма злоупотребления алкоголем
- признаков хронической интоксикации алкоголем

Для назначения дополнительной терапии в данной клинической ситуации, согласно Стандарту специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости, первую очередь желателен прием первичный (осмотр, консультация) врача

- дерматовенеролога
- медицинского психолога
- анестезиолога-реаниматолога
- терапевта

Согласно Клиническим рекомендациям Минздрава России, лечения синдрома отмены алкоголя, для инфузионной терапии следует назначить в первую очередь

- растворы для парентерального питания
- кровезаменители и препараты плазмы крови
- растворы, влияющие на водно-электролитный баланс
- средства восстанавливающие реологические свойства крови

Непосредственным препятствием к применению дисульфирама в данной клинической ситуации является

- воздержание от алкоголя более 12 часов
- противопоказание к применению
- отсутствие клинических признаков алкогольного опьянения
- не полностью угасшее влечение алкоголю

Наиболее существенным основанием для оказания данной больной специализированной медицинской помощи является

- утрата больной социальных позиций, в том числе сокращение семейного бюджета
- добровольное согласие на стационарное лечение
- мнение сестры о необходимости стационарного лечения
- особенность объективного статуса пациентки

В максимальном числе случаев диагностировать систематическое злоупотребление алкоголем позволяет сочетание таких двух лабораторных показателей, как уровень

- утрата больной социальных позиций, в том числе сокращение семейного бюджета
- добровольное согласие на стационарное лечение
- мнение сестры о необходимости стационарного лечения
- особенность объективного статуса пациентки

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 36 лет обратилась в наркологический стационар впервые, на приеме в сопровождении матери.

Жалобы

На неустойчивое настроение, «чувствительность», раздражительность, легко сменяющуюся слезливостью, плохой сон.

Анамнез заболевания

В возрасте 34 лет, в качестве дополнительного «успокаивающего» средства (смотри Анамнез жизни) в вечернее время начала употреблять 150-120 мл сухого вина, после чего крепко засыпала (доза в течение года выросла до 0,7 л). В заграничных командировках в течение последнего года несколько раз имели место двух-трехдневные периоды ежедневного потребления сухих вин в дозах 0,7-1,0 л с сильным опьянением, после чего 1-2 дня чувствовала себя «разбитой», испытывала отвращение к алкоголю. Около месяца назад имел место 2-хдневный период дробного потребления 1,5-2 л шампанского с сильным опьянением, неспособностью выйти на работу, попыткой, «опохмелиться», ухудшившей самочувствие. Следуя совету матери, приняла решение обратиться в наркологическую клинику. Накануне в качестве «снотворного» выпила 200 мл шампанского.

Анамнез жизни

Наследственность не отягощена психическими расстройствами. Рост и развитие без особенностей. С детских лет – общительная, эмоциональная; всегда отличалась самокритичностью, добросовестностью и исполнительностью. Школу окончила с серебряной медалью, получила диплом с отличием по окончании ВУЗа, владеет несколькими иностранными языками; работала переводчиком, сейчас – зам. директора коммерческой фирмы. После неудачного замужества в 21 год сделала аборт. В течение 5 лет воспитывает удочеренного ребенка, проживает с матерью. Перенесла детские инфекции, в возрасте 30 лет – малярию без осложнений после командировки в ЮАР (наблюдалась у инфекциониста); в возрасте 33 лет лечилась по поводу вегетососудистой дистонии, гастродуоденита. С 34 лет в связи с затяжным конфликтом на работе стала тревожной, ранимой, быстро портилось настроение, плохо спала, однако заставляла себя работать. Обращалась по этому поводу в различные клиники; принимала предписанные антидепрессанты и бензодиазепиновые транквилизаторы, временно улучшавшие самочувствие.

Объективный статус

Соматический статус. Правильного сложения, нормального питания, кожные покровы смуглые, язык влажный, дыхание везикулярное, тоны сердца ясные, ритмичные, АД 110/60, живот мягкий, б/б, печень не увеличена, склонность к запорам. Неврологический статус. Со стороны черепно-мозговых нервов без патологии. Статика и координация не нарушены. Сухожильные рефлексы,

поверхностная чувствительность не нарушены _Психический статус_. Опрятна одета, несколько напряжена, фон настроения снижен, эмоционально лабильна; общается охотно, откровенна, обеспокоена тем, что начала терять контроль за количеством выпитого алкоголя, просит помочь наладить ее психическое состояние. В ходе лечения восстановился сон, стабилизировалось настроение, неоднократно была в лечебных отпусках для ухода за ребенком.

Для более полной диагностики соматического состояния больной, согласно Стандарту специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости, целесообразен первичный прием (осмотр, консультация) врача-специалиста

- утрата больной социальных позиций, в том числе сокращение семейного бюджета
- добровольное согласие на стационарное лечение
- мнение сестры о необходимости стационарного лечения
- особенность объективного статуса пациентки

Результаты обследования

К показателям анализов крови, предписанных Стандартом специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости, и позволяющим объективно судить о злоупотреблении алкоголем относятся

- гамма-глутамилтрансфераза (ГГТ), аспартатаминотрансфераза (АСТ)
- уровень гемоглобина
- цветной показатель
- наличие антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1)

К нормативному документу, которым следует руководствоваться в данной клинической ситуации при постановке диагноза, относится Стандарт

- первичной специализированной медико-санитарной помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением психоактивных веществ
- первичной специализированной медико-санитарной помощи при пагубном употреблении психоактивных веществ
- специализированной медицинской помощи при пагубном употреблении психоактивных веществ
- специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением психоактивных веществ

К совокупным клинико-anamnestическим данным, согласно критериям МКБ-10 позволяющим диагностировать у пациентки признаки синдрома зависимости от алкоголя, относятся

- врожденные черты характера, периоды ежедневного злоупотребления, сильное желание или чувство труднопреодолимой тяги, наличие периодической формы пьянства
- чувство труднопреодолимой тяги, сниженная способность контролировать прием алкоголя, повышение толерантности
- пагубные последствия пьянства, хронический дистресс, сниженная способность контролировать прием вещества, постоянная форма злоупотребления алкоголем
- сниженная способность контролировать прием вещества, семейные неурядицы, пагубные последствия пьянства, большая давность болезни, запойная форма потребления алкоголя

К признакам формирующегося синдрома отмены алкоголя у пациентки можно отнести

- рост как разовой, так и суточной толерантности к алкоголю на протяжении нескольких лет
- попытки «опохмеления» после алкогольных эксцессов
- отвращение к алкоголю после алкогольных эксцессов с амнезией периодов опьянения
- краткие периоды ежедневного злоупотребления на протяжении последних лет

К сомнениям в клинической правомерности диагноза средней стадии алкоголизма можно отнести

- исключительно рост толерантности на протяжении определенного периода времени
- анамнестические данные о хроническом дистрессе, приведшем к учащению потребления алкоголя
- однократность неудачной попытки «опохмеления»
- формирующаяся тенденция к утрате количественного контроля без учета других признаков прогресса алкогольной зависимости

Шифром МКБ-10, который в целом описывает диагноз основного заболевания при поступлении является

- F10.2. Синдром зависимости, вызванный употреблением алкоголя
- F10.3 Синдром отмены алкоголя (абстинентное состояние) неосложненный

- F10.1 Пагубное (с вредными последствиями) употребление алкоголя
- F10.202. Синдром зависимости от алкоголя. В настоящее время воздержание (ремиссия). Средняя стадия зависимости

Шифром МКБ-10, который наиболее точно и полно кодирует диагноз клинический основного заболевания в медицинской карте стационарного больного (форма 003/у), является

- F10.219. Синдром зависимости от алкоголя. В настоящее время воздержание, но в условиях, исключающих употребление алкоголя. Стадия зависимости неизвестна
- F10.201. Синдром зависимости от алкоголя. В настоящее время воздержание (ремиссия). Начальная стадия зависимости
- F10.209. Синдром зависимости от алкоголя. В настоящее время воздержание (ремиссия). Стадия зависимости неизвестна
- F10.221. Синдром зависимости от алкоголя. В настоящее время воздержание на поддерживающем режиме клинического наблюдения. Начальная стадия зависимости

Имевшиеся у пациентки в доболезненном периоде расстройства настроения относятся к разряду

- посттравматического стрессового расстройства
- психопатии
- эндогенной патологии
- невротических

Диагностически верно и наиболее полно диагноз заключительный клинический в медицинской карте стационарного больного (форма 003/у) может быть сформулирован как

- посттравматического стрессового расстройства
- психопатии
- эндогенной патологии
- невротических

Диагноз

Так называемое «первичное патологическое влечение» характеризуется

- потребностью в опьянении в трезвом состоянии
- желанием употребить алкоголь в традиционных ситуациях в кругу семьи
- потребностью в опохмелении, несмотря на неблагоприятную окружающую обстановку

- физической потребностью в потреблении алкоголя, несмотря на существующие препятствия

К поведенческим расстройствам синдрома патологического влечения к алкоголю, возникшим в ходе лечения, относятся

- потребностью в опьянении в трезвом состоянии
- желанием употребить алкоголь в традиционных ситуациях в кругу семьи
- потребностью в опохмелении, несмотря на неблагоприятную окружающую обстановку
- физической потребностью в потреблении алкоголя, несмотря на существующие препятствия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 28 лет в сопровождении матери обратилась в наркологический диспансер.

Жалобы

Активных жалоб не предъявляет.

Анамнез заболевания

В течение 2-3-х лет на фоне семейных неурядиц (подозревает мужа в супружеской неверности) употребляет алкоголь 2-3 раза в неделю после работы в дозе 300,0-400,0 мл сухого вина или слабоалкогольных коктейлей. Опьянение приносит чувство облегчения, смягчает остроту переживаний. За последние 3 месяца несколько раз незаметно для себя напивалась до выраженного опьянения, употребив большую, чем всегда дозу спиртного; после этого засыпала. Наутро ощущала себя «разбитой», имели место сухость в рту, жажда. На фоне утреннего плохого самочувствия испытывала угрызения совести, отвращение о самой мысли об алкоголе, стыдила себя за происшедшее. С трудом заставляла себя выйти на работу; казалось, что окружающие заметят её «несвежий вид», коллеги почувствуют запах «перегара». Муж большой неоднократно высказывал недовольство её участившимся потреблением алкоголя, называл жену «пьянчужкой», отчего у неё надолго ещё больше портилось настроение. Последнее употребления 600,0 мл слабоалкогольного коктейля неделю назад. Опасаясь «втянуться в пьянство», при психологической поддержке матери приняла решение обратиться к врачу-наркологу.

Анамнез жизни

Уроженка Москвы, родилась от нормальной беременности, единственная дочь

в семье научных работников одного из ведущих Научно-исследовательских институтов. Наследственность не отягощена наркологической и психической патологией. Росла и развивалась без отклонений; была послушной, не капризной, исполнительной, прилежной, дружелюбной; обладала прекрасной памятью. Школу окончила с отличием, в техническом ВУЗе получила специальность инженера; сейчас работает на предприятии Министерства обороны. Менструальный цикл не нарушен. Практически не болела. Замужем в течение 3-х лет, брак бездетен, что является одной из причин семейной дисгармонии. Наблюдается у гинеколога по поводу бесплодия. Проживает с мужем отдельно от родительской семьи.

Объективный статус

Соматический статус. Нормального телосложения. Со стороны органов дыхания и кровообращения – без видимой патологии. АД-125/75 мм рт.ст., ЧП – 77 уд./мин., печень у края реберной дуги. Неврологический статус. Сухожильные рефлексы живые, симметричные; патологические рефлексы не выявлены, очаговой симптоматики нет, поверхностная чувствительность не нарушена. Психический статус. Опрятна, чувствует себя скованно, но расположена к беседе; жалуется на сниженное настроение из-за семейных проблем, считает мужа причиной всех своих бед, в том числе, её потребления алкоголя. Признает, что опьянение приносит лишь временное облегчение, высказывает опасение, что «сопьется» и потеряет престижную и высокооплачиваемую работу, сетует на бездетный брак. Просит совета, как остановить собственное «пьянство».

В данной клинической ситуации с целью обоснования лечебно-диагностических мероприятий в соответствии с нормативными документами целесообразно поставить в медицинской карте диагноз по МКБ-10 в виде

- потребностью в опьянении в трезвом состоянии
- желанием употребить алкоголь в традиционных ситуациях в кругу семьи
- потребностью в опохмелении, несмотря на неблагоприятную окружающую обстановку
- физической потребностью в потреблении алкоголя, несмотря на существующие препятствия

Диагноз

Основаниями для применения амбулаторной медицинской помощи в данной клинической ситуации, согласно Приказу МЗ РФ от 30 декабря 2015 г. №1034н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю "психиатрия-наркология" и порядка диспансерного наблюдения за лицами с

психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ», являются

- отсутствие тяжелых психических и соматических расстройств при самостоятельном обращении
- наличие длительно существующих дисгармонических семейных отношений с мужем в связи с бездетным браком
- полная сохранность социального и семейного статусов, несмотря на учащение потребления алкоголя с тенденцией к росту его переносимости
- присутствие на приеме матери пациентки, оказывающей психологическую поддержку дочери в ее решении лечиться

Приказом Министерства здравоохранения РФ, регламентирующим объем медицинских услуг для диагностики и лечения заболевания, применимым к данной клинической ситуации, является

- приказ Министерства здравоохранения РФ от 17 мая 2016 г. N 302н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением психоактивных веществ"
- приказ Министерства здравоохранения РФ от 17 мая 2016 г. N 301н "Об утверждении стандарта первичной специализированной медико-санитарной помощи при пагубном употреблении психоактивных веществ"
- приказ Министерства Здравоохранения РФ от 17 мая 2016 г. n 299н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением психоактивных веществ»
- приказ Министерства здравоохранения РФ от 17 мая 2016 г. N 300н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при пагубном употреблении психоактивных веществ"

Из рутинных лабораторных методов исследования крови, рекомендованных нормативными документами, одним из наиболее информативных для уточнения факта злоупотребления алкоголем является

- приказ Министерства здравоохранения РФ от 17 мая 2016 г. N 302н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением психоактивных веществ"
- приказ Министерства здравоохранения РФ от 17 мая 2016 г. N 301н "Об утверждении стандарта первичной специализированной медико-санитарной помощи при пагубном употреблении психоактивных веществ"
- приказ Министерства Здравоохранения РФ от 17 мая 2016 г. n 299н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при

синдроме зависимости, вызванном употреблением психоактивных веществ»

- приказ Министерства здравоохранения РФ от 17 мая 2016 г. N 300н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при пагубном употреблении психоактивных веществ"

Результаты лабораторных методов обследования

Показателем анализа крови биохимического общетерапевтического, свидетельствующим о чрезмерном потреблении пациенткой алкоголя, является превышение нормативного уровня

- щелочной фосфатазы
- холестерина
- триглицеридов
- гамма-глутамилтрансферазы (ГГТ)

Имевшиеся у пациентки доболезненные расстройства настроения относятся к эмоциональным нарушениям разряда

- психопатии
- невротических
- посттравматического стрессового расстройства
- эндогенной патологии

Исходя из клинико-anamnestических сведений, для уточнения диагноза целесообразен первичный прием (осмотр, консультация) врача-специалиста

- психотерапевта
- инфекциониста
- невролога
- оториноларинголога

Тактика терапии врача-нарколога, которой следует придерживаться, исходя из анамnestических сведений, установленного диагноза и объективного статуса больной, заключается в акценте на

- активной детоксикации с применением мембранотропных средств
- активном участии в группах самопомощи вне лечебного учреждения
- психотерапевтическом лечении
- мотивации больной к обращению в реабилитационный центр

К лабораторному показателю анализа крови, считающемуся прямым биомаркером потребления алкоголя, относится

- концентрация этанола
- определение среднего корпускулярного объема эритроцитов
- содержание углеводов-дефицитного трансферрина
- активность фермента аспаратаминотрансферазы

Диагностической чувствительностью биологических маркёров злоупотребления алкоголем среди обследованных тестами называют долю

- здоровых лиц с положительными результатами анализов
- больных с отрицательными показателями исследований
- больных с положительными результатами
- здоровых лиц с отрицательными результатами обследования

Диагностической специфичностью биологических маркеров злоупотребления алкоголем среди обследованных тестами называют долю

- больных с отрицательными показателями исследований
- здоровых лиц с положительными результатами анализов
- больных с положительными результатами исследований
- здоровых с отрицательным результатом

К лабораторным показателям общего развернутого анализа крови, свидетельствующим о злоупотреблении алкоголем, в частности относят

- больных с отрицательными показателями исследований
- здоровых лиц с положительными результатами анализов
- больных с положительными результатами исследований
- здоровых с отрицательным результатом

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина, 34 лет обратилась в приемный покой клиники в сопровождении близкой подруги

Жалобы

На общее плохое самочувствие, тревогу, бессонницу.

Анамнез заболевания

Систематически начала употреблять алкоголь 2-4 раза в неделю с 20 лет в период заочной учебы в институте. Спустя 2 года суточная переносимость алкоголя повысилась до 0,7 л сухого вина. В течение следующих 1,5 лет (беременность, кормление ребенка) от алкоголя воздерживалась; в

дальнейшем спиртное употребляла вместе с мужем в выходные дни; в сильном опьянении засыпала. К 26 годам сформировался синдром отмены (слабость, раздражительность, бессонница). В период второй беременности и кормления ребенка (28-29 лет) воздерживалась от спиртного. После «тягостного» развода с мужем 3 года назад вследствие его супружеской неверности («ничего не хотелось», «опустились руки») употребление алкоголя приняло периодический характер – до 1,5 недель со «светлыми» промежутками до 1 месяца; суточная толерантность – до 1,5 л сухого вина, потребляемого в одиночестве в вечернее время; продолжала работать. Последний запой окончился 3 дня назад. В течение 2-х дней отсутствует стул.

Анамнез жизни

Была единственным ребенком в семье рабочих. Наследственность не отягощена. Воспитывалась матерью; отец умер, когда больной было 5 лет. Со второго класса проходила обучение в интернате, выходные всегда проводила дома с любящей матерью. Работала медсестрой, заочно получила специальность психолога (работает в частной клинике). Бывший муж материально помогает и поддержал желание пациентки обратиться к наркологу; согласился следить за детьми на время ее отсутствия.

Объективный статус

Соматический статус. Высокого роста, нормального питания. Со стороны внутренних органов без грубой патологии (АД 130/90 мм. рт. ст., ЧСС 70 уд./мин., печень +1 см). Неврологический статус. В позе Ромберга устойчива, пальце-носовую пробу выполняет неуверенно, тремор пальцев вытянутых рук, поверхностная чувствительность не нарушена. Легкая девиация языка влево. Психический статус. Фон настроения снижен, эмоционально лабильна. В беседу вступает охотно, исчерпывающе отвечает на поставленные вопросы, не скрывает свои «алкогольные проблемы». Настроена на лечение в стационаре, чтобы «изолировать себя» от возможности выпить. Обсуждение алкогольной тематики позитивный эмоциональный отклик не вызывает, желание выпить отрицает. В динамике: адаптировалась в стационаре легко, нашла общий язык с другими больными, персоналом. В процессе лечения выровнялся эмоциональный фон, исчезла прошла тревога, выполняла все назначения лечащего врача, активно участвовала в психотерапевтических группах.

Медицинской услугой из Стандарта специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением психоактивных веществ, в первую очередь востребованной в данной клинической ситуации, является первичный прием (осмотр, консультация) врача

- дерматовенеролога
- невролога
- психиатра-нарколога
- анестезиолога-реаниматолога

Рутинным лабораторным методом исследования крови, дающим информацию для оценки токсикогенных влияний этанола на состояние пациентки, является

- дерматовенеролога
- невролога
- психиатра-нарколога
- анестезиолога-реаниматолога

Результаты лабораторных методов исследования

Свидетельством чрезмерного потребления алкоголя пациенткой является превышение в анализе крови биохимическом общетерапевтическом нормативных показателей

- глюкозы
- аспартат-аминотрансферазы (АсАТ)
- щелочной фосфатазы
- триглицеридов

Признаками, позволяющими врачу диагностировать наличие у больной похмельного (постинтоксикационного) синдрома, являются

- эмоциональная лабильность вследствие протрагированной психотравмирующей ситуации
- депрессивный фон настроения в психическом статусе при обращении в клинику
- желание получить стационарную форму медицинской помощи, несмотря на разлуку с ребенком
- данные анамнеза и объективного статуса

Одним из главных признаков синдрома отмены алкоголя, отсутствующим в психическом статусе больной, является

- нарушение со стороны черепно-мозговых нервов в виде легкой девиации языка влево
- интеллектуально-мнестическое снижение в рамках синдрома алкогольной психической деградации

- симптомы дисфункции со стороны желудочно-кишечного тракта в виде запоров
- патологическое влечение к алкоголю

Шифром МКБ-10 диагноза при поступлении в медицинской карте стационарного больного (форма 003/у) с целью обоснования в данной клинической ситуации лечебно-диагностических мероприятий в соответствии с нормативными документами, является

- нарушение со стороны черепно-мозговых нервов в виде легкой девиации языка влево
- интеллектуально-мнестическое снижение в рамках синдрома алкогольной психической деградации
- симптомы дисфункции со стороны желудочно-кишечного тракта в виде запоров
- патологическое влечение к алкоголю

Диагноз

Наиболее полно отразит клинико-терапевтическую ситуацию шифр МКБ-10 диагноза заключительного клинического в медицинской карте стационарного больного (форма 003/у) в виде

- F10.20. В настоящее время воздержание (ремиссия)
- F10.21. Синдром зависимости от алкоголя. В настоящее время воздержание, но в условиях, исключающих употребление алкоголя
- F10.202. Синдром зависимости от алкоголя. В настоящее время воздержание (ремиссия). Средняя стадия зависимости
- F10.222 Синдром зависимости от алкоголя. В настоящее время на поддерживающем режиме клинического наблюдения. Средняя стадия зависимости

Эмоциональные нарушения, имевшиеся у пациентки в преморбидном периоде, относятся к

- психопатии
- эндогенной патологии
- невротическим
- посттравматическому стрессовому расстройству

Основанием для применения Стандарта специализированной медицинской помощи в данной клинической ситуации является

- сохранность социального статуса, несмотря на отчетливо сформированную цикличность пьянства
- высокий уровень критики к своему состоянию на фоне с перенесенного в прошлом дистресса
- отсутствие противопоказаний к форме лечения
- наличие периодической формы злоупотребления алкоголем с высокой толерантностью к алкоголю

К первостепенным задачам терапии синдрома отмены алкоголя (СОА) относится

- приведение нарушенного качества жизни к нормативным показателям здоровых лиц
- восстановление психофизического состояния
- восстановление и стабилизация микро- и макросоциального функционирования
- реконструкция стойко нарушенных дисгармоничных внутрисемейных отношений

Форму злоупотребления алкоголем и стадию болезни у пациентки отразит, согласно МКБ-10, шифр диагноза в виде

- F10.261. Синдром зависимости от алкоголя. Периодическое употребления. Начальная стадия
- F10.252. Синдром зависимости от алкоголя. Постоянная форма употребления. Средняя стадия
- F10.262. Синдром зависимости от алкоголя. Периодическое употребления. Средняя стадия
- F10.251. Синдром зависимости от алкоголя. Систематическое употребление. Начальная стадия

Причиной устойчивой репутации алкоголизма у женщин как злокачественного и малокурабельного заболевания, связана, главным образом, с

- F10.261. Синдром зависимости от алкоголя. Периодическое употребления. Начальная стадия
- F10.252. Синдром зависимости от алкоголя. Постоянная форма употребления. Средняя стадия
- F10.262. Синдром зависимости от алкоголя. Периодическое употребления. Средняя стадия
- F10.251. Синдром зависимости от алкоголя. Систематическое употребление. Начальная стадия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 53 лет обратилась в наркологическую клинику в сопровождении дочери

Жалобы

На общее плохое самочувствие, вялость, бессонницу.

Анамнез заболевания

Злоупотребляет алкоголем течение 8 лет: поначалу, следуя негативной «традиции», сложившейся на рабочем месте, выпивала по окончании рабочего дня, до 3 раз в неделю около 1\2 бутылки сухого вина. Около 4 лет в назад связи с напряженной обстановкой на предприятии, в ожидании реорганизации с целью «снять тревогу», «успокоиться» начала употреблять до 250 мл коньяка или водки практически ежедневно. Спустя полгода стала возникать потребность в опохмелении; в выходные дни могла употребить 0,5 л водки, после чего засыпала. Месяц назад после смерти матери в течение нескольких дней после похорон потребляла ежедневно до 1,5 л водки, напиваясь, со слов дочери, до «беспамятства»; обессилов, несколько дней воздерживалась от спиртного. После увольнения с предприятия продолжила ежедневно дробно потреблять водку в дозе 250-300 мл. Перед посещением врача-нарколога по настоянию дочери воздерживается от алкоголя 2 дня.

Анамнез жизни

Алкоголем злоупотребляли дядя и дед по линии отца. Пациентка росла здоровым ребенком, развивалась соответственно возрасту. Перенесла детские инфекции, посещала детский сад, где хорошо адаптировалась. В школе училась прилежно, занималась легкой атлетикой, стрельбой из лука; любила вышивать, вязать. По характеру всегда была общительной и доброжелательной. По окончании политехнического института и до недавнего времени работала инженером в Мосводоканале (в настоящее время состоит на бирже труда в связи с сокращением штатов). От брака имеет двух дочерей, проживает вместе со старшей дочерью.

Объективный статус

Соматический статус. Нормального питания, лицо и шея гиперемированы, склеры инъектированы. Язык сухой, обложен желтым налетом. АД 140/95 мм. рт. ст. ЧСС 91 уд./мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень +3 см. Неврологический статус. Очаговой симптоматики нет, в позе Ромберга пошатывается, координационные пробы выполняет с трудом, тремор пальцев вытянутых рук, сухожильные рефлексы симметричные, живые, красный

дермографизм. _Психический статус_. Одеты опрятно, фон настроения снижен. В беседу вступает охотно, общается доброжелательно. На поставленные вопросы отвечает по существу, чрезмерное потребление алкоголя, но размеры пьянства склонна приуменьшать. Просит оказать ей медицинскую помощь в условиях больницы, т.к. дома, в одиночестве, самостоятельно воздержаться от спиртного не в состоянии.

В данной клинической ситуации в первую очередь востребована услуга из Стандарта специализированной медицинской помощи в виде первичного приема (осмотр, консультация) врача

- психиатра-нарколога
- невролога
- дерматовенеролога
- анестезиолога-реаниматолога

Наиболее полно отразит токсикогенные последствия потребления алкоголя такой лабораторный метод исследования крови, согласно Клиническим рекомендациям Минздрава России, как

- психиатра-нарколога
- невролога
- дерматовенеролога
- анестезиолога-реаниматолога

Результаты лабораторного метода обследования

О чрезмерном потреблении пациенткой алкоголя свидетельствуют такие показатели анализа крови биохимического общетерапевтического, как

- глюкоза и билирубин прямой
- гамма-глутамилтрансфераз (ГГТ) и триглицериды
- АсАт и щелочная фосфатаза
- белок общий и холестерин

Основанием для госпитализации в данной клинической ситуации является

- актуальная для больной по настоящее время затяжная психотравмирующая ситуация, связанная со смертью матери
- утрата места работы с вынужденной регистрацией на бирже труда в связи с сокращением штатов основного места работы
- присутствие на приеме у врача близкого родственника, принимающего активное участие в судьбе пациентки
- наличие синдрома отмены алкоголя средней степени тяжести

Согласно данным анамнеза, у пациентки формируется такой тип злоупотребления алкоголем, как

- постоянный
- перемежающийся
- запойный
- смешанный

Шифром по МКБ-10 диагноза при поступлении, который целесообразно поставить на первое место медицинской карты стационарного больного (форма 003/у) в данной клинической ситуации с целью обоснования лечебно-диагностических мероприятий в соответствии с нормативными документами, является

- F10.2. Синдром зависимости, вызванный употреблением алкоголя
- F10.30 Абстинентное состояние (синдром отмены алкоголя) неосложненное
- F10.1 Пагубное (с вредными последствиями) употребление алкоголя
- F10.202. Синдром зависимости от алкоголя. В настоящее время воздержание (ремиссия). Средняя стадия зависимости

Шифром МКБ-10, который на основании имеющихся клинико-лабораторных данных наиболее полно отразит диагноз, сопутствующий основному, является

- K70. Алкогольная болезнь печени
- K70.0 Стеатоз печени
- K70.3. Алкогольный цирроз печени
- K70.1 Алкогольный гепатит

Шифром МКБ-10 диагноза заключительного клинического в медицинской карте стационарного больного (форма 003/у), который наиболее полно отразит клинико-терапевтическую ситуацию, является

- K70. Алкогольная болезнь печени
- K70.0 Стеатоз печени
- K70.3. Алкогольный цирроз печени
- K70.1 Алкогольный гепатит

Диагноз

Темпом прогрессивности по женским меркам, к которым можно отнести скорость формирования у пациентки зависимости от алкоголя, является

- малый

- средний
- молниеносный
- высокий

К первостепенным задачам терапии синдрома отмены алкоголя (СОА) относят

- реконструкцию дисгармоничных внутрисемейных отношений
- восстановление и стабилизацию социального функционирования
- детоксикацию, восстановление и стабилизацию психофизического состояния больного
- приведение нарушенного качества жизни к нормативным показателям

К понятию скорость (темп) прогрессивности алкоголизма в наркологии традиционно принято относить такой количественный показатель, как

- время, прошедшее от возраста начальной стадии до формирования синдрома отмены
- суммарное число лет злоупотребления алкоголем до начала первого обращения к специалисту
- число лет, прошедшее до формирования синдрома отмены от начала систематического потребления алкоголя
- время, прошедшее от возраста начальной стадии до формирования синдрома психической деградации

Парциальную форму патологического влечения к алкоголю характеризует

- время, прошедшее от возраста начальной стадии до формирования синдрома отмены
- суммарное число лет злоупотребления алкоголем до начала первого обращения к специалисту
- число лет, прошедшее до формирования синдрома отмены от начала систематического потребления алкоголя
- время, прошедшее от возраста начальной стадии до формирования синдрома психической деградации

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 62 лет обратилась в приемный покой клиники с направлением наркологического диспансера.

Жалобы

На общую слабость, плохое настроение, потливость, дрожь в руках и в теле, на «слабую» память.

Анамнез заболевания

Собираемые сведения подтверждены старшим братом пациентки. С 18 лет начала систематически потреблять алкоголь в компании первого мужа, злоупотреблявшего алкоголем. Спустя около 5 лет повысилась толерантность, утрачивала контроль за количеством выпитого алкоголя; спустя ещё около 6 лет сформировался отчетливый синдром отмены; пьянство в течение 1 года переросло в запои от 3 до 5 дней. Вместе со вторым мужем, также больным алкоголизмом, с возраста 40 лет находится на учете в наркологическом диспансере по месту жительства; имели место ремиссии длительностью от 4 месяцев до 2 лет; неоднократно вызывала на дом частных врачей для купирования запоев. В течение последних нескольких лет после выходы на пенсию болезнь утяжелилась: запои удлинились до 2-3-х недель с различными «светлыми» промежутками; суточная переносимость остается практически прежней (0,5 л водки), но разовые дозы снизились вдвое; пьет «дробно», в опьянении сонлива; синдром отмены утяжелился за счет выраженной бессонницы, сниженного настроения, тревожности; ремиссии – не дольше 2-3 месяцев. Со слов брата, стала «бестолковой», «тугодумкой». Последний запой длился 7 дней, закончился 2 дня назад; врач диспансера направил больную на стационарное лечение.

Анамнез жизни

Наследственность отягощена алкоголизмом старшего брата, находящегося в длительной ремиссии. Росла и развивалась нормально. Невзирая на протесты родителей, в 19 лет вышла замуж за мужчину старше её по возрасту и этим привлечшим её внимание (развелись спустя 11 лет из-за её бесплодия). После окончания строительного техникума и до выхода на пенсию работала на стройке, затем мастером аварийно-спасательной службы. Во второй брак вступила «из-за одиночества»; оба брака бездетны. В 25 лет – внематочная беременность с резекцией яичников. В последние годы, с её слов, лечилась от «гастрита, холецистита и колита». К настоящему времени 8 лет одинока после смерти мужа; живет на пенсию, сдаёт комнату приезжим.

Объективный статус

Соматический статус. Правильного телосложения, нормального питания. Язык влажный, обложен белым налетом. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 110/70 мм рт., частота пульса 106 уд./мин. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах; печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Неврологический статус. Очаговая

симптоматика не выявлена. Сухожильные рефлексы симметрично ослаблены. В позе Ромберга неустойчива, пальценосовую пробу выполняет с ошибками; выраженный тремор пальцев рук, век. Поверхностная чувствительность снижена по типу «чулок». Психический статус. Внешний вид имеет черты запущенности, но одежда чистая. Вступает в беседу охотно; несколько заторможена, фон настроения умеренно снижен. Речь последовательная, отвечает на все вопросы после раздумий, часто ссылаясь на плохую память. Ориентирована не точно: путает текущий месяц, уменьшает свой возраст. Приуменьшает размеры алкоголизации, но легко соглашается на лечение и возможную трезвость в будущем. Не отрицает способность выпить, окажись она в домашней обстановке.

В данной клинической ситуации востребована в первую очередь медицинская услуга из Стандарта специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости в виде первичного приема (осмотр, консультация) врача

- дерматовенеролога
- психиатра-нарколога
- невролога
- анестезиолога-реаниматолога

Данная клиническая ситуация диктует в первую очередь необходимость такого лабораторного метода исследования крови, согласно Стандарту оказания специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости, как

- дерматовенеролога
- психиатра-нарколога
- невролога
- анестезиолога-реаниматолога

Результаты лабораторного метода исследования

Показателем анализа крови, свидетельствующим о чрезмерном потреблении пациенткой алкоголя, является превышение нормативного уровня

- АсАТ
- щелочной фосфатазы
- АлАТ
- ГГТ

Для диагностики сопутствующей патологии, исходя из объективного статуса больной, целесообразно использовать, согласно Стандарту специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости, такой инструментальный метод исследования, как

- АсАТ
- щелочной фосфатазы
- АлАТ
- ГГТ

Результаты

Причиной направления больной из наркологического диспансера в стационар являются

- наличие длительных ремиссий в анамнезе, а также большой срок наблюдение в наркологическом диспансере по месту жительства
- положительная ассортативность браков пациентки с предпочтительностью в выборе брачного партнера по наличию зависимости от алкоголя
- снижение разовой переносимости алкоголя в сочетании с утяжелением синдрома отмены
- тяжелое безремиссионное течение, наличие медицинских показаний

Имеющиеся клинико-anamнестические сведения позволяют определить стадию алкогольной зависимости у больной как

- F10.2x9 не известную
- F10.2x1 начальную (первую)
- F10.2x2 среднюю (вторую)
- F10.2x3 конечную (третью)

Конечную стадию алкоголизма у больной позволяют диагностировать такие клинико-anamнестические признаки, как

- снижение разовой переносимости алкоголя на фоне периодического употребления, нарушение поверхностной чувствительности
- наличие синдрома отмены, запойная форма употребления алкоголя, соматоневрологические нарушения в объективном статусе
- сохранение запойной формы пьянства, соматическая патология, длительное одиночество после смерти мужа
- сниженная разовая толерантность, интеллектуально-мнестическая и нравственно-этическая деградация

Для обоснования лечебно-диагностических мероприятий в соответствии с нормативными документами, в данной клинической ситуации на первое место медицинской карты стационарного больного (форма 003/у) целесообразно поставить следующий шифр МКБ-10 диагноза при поступлении

- F10.30 Абстинентное состояние (синдром отмены алкоголя) неосложненное
- F10.203. Синдром зависимости от алкоголя. В настоящее время воздержание (ремиссия). Конечная (третья) стадия зависимости.
- F10.2. Синдром зависимости, вызванный употреблением алкоголя
- F10.243. Синдром зависимости от алкоголя. Употребление алкоголя в настоящее время (активная зависимость). Конечная (третья) стадия зависимости

Шифром по МКБ-10 диагноза заключительного клинического в медицинской карте стационарного больного (форма 003/у), наиболее полно отражающим клинико-терапевтическую ситуацию, является

- F10.30 Абстинентное состояние (синдром отмены алкоголя) неосложненное
- F10.203. Синдром зависимости от алкоголя. В настоящее время воздержание (ремиссия). Конечная (третья) стадия зависимости.
- F10.2. Синдром зависимости, вызванный употреблением алкоголя
- F10.243. Синдром зависимости от алкоголя. Употребление алкоголя в настоящее время (активная зависимость). Конечная (третья) стадия зависимости

Диагноз

Признаками абстинентного синдрома, позволяющими определить его тяжесть, являются такие, как

- персистирующее патологическое влечение к алкоголю в сочетании с соматоневрологическими нарушениями
- частота пульса, диастолическое АД, вегетативные и неврологические нарушения, влечение к алкоголю
- наличие мнестических расстройств в объективном статусе в сочетании с влечением к алкоголю
- вегетативные и неврологические нарушения в объективном статусе, сочетающиеся с мнестическими расстройствами

Основаниями для применения Стандарта специализированной медицинской помощи в данной клинической ситуации являются

- присутствие при сборе объективного анамнеза брата пациентки
- отсутствие отказа со стороны больной лечиться в стационаре
- признаки синдрома отмены
- отчетливые проявления алкогольной анозогнозии

К задачам терапии синдрома отмены алкоголя (СОА) относят

- присутствие при сборе объективного анамнеза брата пациентки
- отсутствие отказа со стороны больной лечиться в стационаре
- признаки синдрома отмены
- отчетливые проявления алкогольной анозогнозии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 20 лет на приеме у врача-нарколога вместе с сестрой.

Жалобы

На общий дискомфорт, не отрицает сильное желание курить.

Анамнез заболевания

Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Родители пациента курят, отец злоупотребляет алкоголем. Впервые попробовал курить в возрасте 12 лет в дворовой компании. Одновременно с кашлем и головокружением, отметил чувство «приятной расслабленности». С тех пор с целью повторить испытанные приятные ощущения либо после конфликтов между родителями выкуривал 2-3 сигареты в день. С возраста 16-17 лет мог выкурить до 15 -18 сигарет в день; больше всего – в совокупности с регулярно потребляемым с того же времени пивом в дозе 0,5-1,0 л без признаков утраты контроля. При отсутствии сигарет начал испытывать беспокойство. Дважды был оштрафован за курение в общественных местах. Около полугода назад появился кашель в утренние часы с мокротой, умеренная физическая нагрузка стала сопровождаться одышкой и сердцебиением. По настоянию сестры не курит 4-е сутки.

Анамнез жизни

Рост и развитие без особенностей. Обладавал неконфликтным, покладистым характером, отличался неуверенностью в себе, повышенной тревожностью, застенчивостью, трудностью в привыкании к новым людям и к незнакомой обстановке, чувствительностью в отношении критики. В семье были частыми скандалы между родителями из-за пьянства отца, который в опьянении придирался к сыну; тогда сестра и мать вставали на сторону мальчика. Сейчас

он – учащийся технического колледжа. Сестра больного, заметив его нездоровье, настояла на посещении врача.

Объективный статус

Соматический статус. Астенического сложения, кожа бледная, сухая. Температура тела – 37,0⁰С. В легких жесткое дыхание с обеих сторон, хрипы не выслушиваются, АД 135/80, тахикардия до 86 уд./мин., живот мягкий, б/б, печень не увеличена. В остальном – норма. Неврологический статус. Со стороны черепно-мозговых нервов без патологии. Статика и координация не нарушены, легкий тремор пальцев вытянутых рук. Сухожильные рефлексы симметрично оживлены, поверхностная чувствительность не нарушены. Очаговой и менингеальной симптоматики не выявлено. Психический статус. Держится скованно, напряженно, несколько суетливо отвечает на вопросы, не возражает о сборе сведений со слов сестры. Большого смысла в консультации не видит; говорит, что пришёл на прием: "только ради неё". Вреда от алкоголя и табакокурения не видит; говорит, что в состоянии воздерживаться от курения самостоятельно: «не курю уже три дня». Острой психотической симптоматики суицидальных мыслей, тенденций не выявлено.

Патопсихологическим исследованием, необходимым для постановки диагноза, является

- тест AUDIT - The Alcohol Use Disorders Identification Test
- анкетирование на риск развития ишемической болезни сердца
- тест Фагерстрема
- анкетирование для пациентов с бронхиальной астмой

Лабораторным методом исследования крови, который целесообразно провести в данной клинической ситуации для оценки соматического статуса больного, являются

- тест AUDIT - The Alcohol Use Disorders Identification Test
- анкетирование на риск развития ишемической болезни сердца
- тест Фагерстрема
- анкетирование для пациентов с бронхиальной астмой

Результаты лабораторного метода обследования

О наличии соматической патологии, коморбидной зависимости от табака, у данного пациента можно судить по отклонению в таких лабораторных методах обследования, как анализ крови биохимический общетерапевтический и

- определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту C (Hepatitis C virus) в крови
- определение антигена к вирусу гепатита B (HbsAg Hepatitis B virus) в крови
- реакция микропреципитации с кардиолипидным антигеном (Syphilis PRP)
- общий (клинический) анализ крови развернутый

Анализом крови, косвенно свидетельствующим о наличии у пациента бронхита, является

- реакция микропреципитации с кардиолипидным антигеном (Syphilis PRP)
- определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1)
- определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту C (Hepatitis C virus) в крови
- общий (клинический) анализ крови развернутый

К инструментальным методам диагностики, в первую очередь показанным больному в данной клинической ситуации для оценки соматического статуса, относится

- эхокардиография
- электрокардиография
- электроэнцефалография
- рентгенография легких

Врачом-специалистом, консультация которого целесообразна в данной клинической ситуации для оценки общего состояния больного, является

- эхокардиография
- электрокардиография
- электроэнцефалография
- рентгенография легких

Результаты обследования

Шифр диагноза при поступлении по МКБ-10, который целесообразно поставить на первое место медицинской карты больного в данной клинической ситуации с целью обоснования лечебно-диагностических мероприятий в соответствии с нормативными документами, является

- F17.2 Синдром зависимости от табака; F17.3 Синдром отмены табака

- F17.0 Острая интоксикация, вызванная употреблением табака (острая никотиновая интоксикация); F10.1 Пагубное (с вредными последствиями) употребление алкоголя
- F10.202. Синдром зависимости от алкоголя. В настоящее время воздержание (ремиссия). Средняя стадия зависимости; J42 Хронический бронхит неуточненный
- J42 Хронический бронхит неуточненный; F10.2. Синдром зависимости, вызванный употреблением алкоголя

Шифром диагноза заключительного клинического в медицинской карте больного, наиболее полно отражающим клинико-терапевтическую ситуацию, является

- F17.2 Синдром зависимости от табака; F17.3 Синдром отмены табака
- F17.0 Острая интоксикация, вызванная употреблением табака (острая никотиновая интоксикация); F10.1 Пагубное (с вредными последствиями) употребление алкоголя
- F10.202. Синдром зависимости от алкоголя. В настоящее время воздержание (ремиссия). Средняя стадия зависимости; J42 Хронический бронхит неуточненный
- J42 Хронический бронхит неуточненный; F10.2. Синдром зависимости, вызванный употреблением алкоголя

Диагноз

Диагностическими условиями для установления диагноза «синдром зависимости от табака», согласно критериям МКБ-10, общим для синдрома зависимости от всех психоактивных веществ, является

- наличие административных штрафов за курение в общественных местах, налагаемые органами сотрудниками полиции
- обращение за помощью под влиянием родственника, присутствующего на приеме у врача
- наличие 3-х и более симптомов зависимости на протяжении 12 месяцев
- наличие дисфункциональных семейных отношений, возникших в связи с курением одного из членов семьи

Целью терапии зависимости от табака является

- реконструкция дисгармоничных внутрисемейных отношений, нарушенных в связи с потреблением табака
- восстановление и стабилизация социального функционирования, нарушенного курением
- воздержания от курения в течение не менее 6 месяцев

- приведение нарушенного курением качества жизни к нормативным показателям, сопоставимым с таковым у некурящих лиц

Фармакологическая лечебная тактика предполагает назначение

- антидепрессантов - преимущественно селективных ингибиторов обратного захвата серотонина
- длительное применение пролонгированных форм антипсихотических препаратов
- никотинозаместительных средств
- антипсихотических препаратов производных дифенилбутилпиперидина

Высокая степень никотиновой зависимости в баллах по тесту Фагерстрема составляет

- антидепрессантов - преимущественно селективных ингибиторов обратного захвата серотонина
- длительное применение пролонгированных форм антипсихотических препаратов
- никотинозаместительных средств
- антипсихотических препаратов производных дифенилбутилпиперидина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 32 лет обратился в наркологическую клинику в сопровождении матери.

Жалобы

На раздражительность, неустойчивое настроение, общую вялость, периодически возникающие мысли и сновидения, связанные с азартной игрой.

Анамнез заболевания

Со времени работы в казино стал интересоваться азартными играми: начинал с игровых автоматов, затем начал играть в рулетку. Проигрывал зарплаты, однако, крупных долгов поначалу не делал. Спустя 2-3 года, всё чаще проигрывая, начал «отыгрываться», тратя всё заработанное; брал деньги в долг у матери и сестры. Ещё через 3 года после проигрышей часто возникало сниженное настроения, «эмоциональная опустошенность», в большей степени в утренние часы. После закрытия казино работал курьером, кладовщиком; продолжил делать виртуальные ставки. Удачные ставки и выигрыши провоцировали стремление играть дальше. При этом иногда отмечал и желание проиграть, т.к. «в глубине души» считал азартные игры «греховным занятием».

Стал занимать крупные суммы денег у друзей, брать ссуды в банках, чего ранее не делал. В настоящее время не работает, т.к. «устал», живет на деньги родных; сумма денежного долга составляет около миллиона рублей. По совету родственников обратился в наркологическую клинику.

Анамнез жизни

Родился от здоровой беременности, раннее развитие без особенностей. Мать фармацевт, сейчас на пенсии. Младшая на 2 года сестра здорова. Отец злоупотреблял алкоголем, лечился; оставил семью, когда пациенту было 9 лет, но материальную поддержку семьи продолжил. Одноклассники пациента считали его «белой вороной», т.к. он «принципиально» придерживался «трезвой установки на жизнь», игнорировал предложения покурить и выпить. Поступил по протекции отца в ВУЗ на факультет экологии, но «наскучившую» учебу бросил на 1-м курсе. От службы в армии отказался по «идейным» соображениям (проходил «альтернативную» службу). По совету сестры, с целью приблизить перспективу высоких грядущих заработков, окончил школу крупье (сменил 3 школы, т.к., по его словам, к нему «явно придирались») и в течение нескольких лет работал в казино. Не женат; интимных отношений с противоположным полом не имеет, т.к. не нашел «достойную» кандидатку.

Объективный статус

Соматический статус. Выглядит моложе своих лет, телосложение астеническое. АД 120/70 мм рт.ст., ЧСС 70 уд./мин. В остальном – без видимой патологии.

Неврологический статус. Чувствительная и двигательная сферы не нарушены, очаговой симптоматики нет.

Психический статус. В ясном сознании, внешне опрятен; в беседе с врачом вежлив, достаточно откровенен. Эмоциональный фон в целом снижен. В продолжение беседы, особенно при обсуждении денежных долгов, становится эмоционально лабилен, на глазах появляются слёзы, намерен «что-нибудь придумать» для решения возникших проблем. Обсуждение деталей азартных игр вызывает, наоборот, заинтересованный интерес и эмоциональное оживление. Сообщает, что понимает необходимость лечения; желание лечиться в стационаре оправдывает «интуитивным» решением «находиться в стенах клиники», где ему будет «спокойнее вдали от соблазнов». Говорит, что желание начать азартную игру похоже на «приятное предвкушение радостных событий», сопровождается возбуждением, неусидчивостью, сердцебиением. Суицидальных тенденций на момент осмотра не выявляется.

Предварительный диагноз наркологического расстройства устанавливается врачом психиатром-наркологом с момента поступления в течение + _____ + часов

- 24
- 72
- 48
- 12

Срок установления основного диагноза наркологического расстройства с момента поступления в стационар составляет

- 2-е суток
- 10 суток
- 12 часов
- 3-7 суток

Выявленные нарушения, согласно клинко-анамнестическим данным, относятся к блоку психических расстройств МКБ-10 с шифром

- 2-е суток
- 10 суток
- 12 часов
- 3-7 суток

Диагноз

Для оценки соматического состояния пациента при болезнях зависимости клиническая ситуация поступления в наркологический стационар диктует проведение лабораторного метода исследования крови в виде общего (клинического) анализа крови развернутого и

- определения антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1)
- определения антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту C (Hepatitis C virus) в крови
- анализа крови биохимического общетерапевтического
- определения антигена к вирусу гепатита B (HbsAg Hepatitis B virus) в крови

Методом инструментальной диагностики, показанным в данной клинической ситуации поступления в наркологический стационар для оценки соматического состояния пациента при болезнях зависимости, является

- регистрация электрокардиограммы
- эхоэнцефалография
- электроэнцефалография
- рентгенография всего черепа, в одной или более проекциях

Шифром по МКБ-10 диагноза при поступлении в медицинской карте в данной клинической ситуации для обоснования лечебно-диагностических мероприятий, является

- F22.8 Другие хронические бредовые расстройства
- F22.8 Другие хронические бредовые расстройства
- F63.0 Патологическое влечение к азартным играм
- F30.1 Мания без психотических симптомов

К анамнестическим сведениям, согласно критериям МКБ-10, позволяющим считать данный клинический случай игровой зависимостью, относятся

- отсутствие высшего образования, опыт прежней работы в казино, финансовое неблагополучие, иждивенчество
- отягощенная наследственность алкоголизмом отца, воспитание в неполной семье, прежняя работа в казино, отсутствие собственных источников дохода
- постоянное участие в азартных играх, неспособность их прекратить, долги, социальное снижение
- наследственность, отягощенная алкоголизмом отца личностно-характерологические черты, отсутствие интимной жизни, миллионный денежный долг

Дифференциально-диагностическим отличием диагноза «патологическое влечение к азартным играм» и склонностью к азартным играм при диссоциальном расстройстве личности является

- отсутствие психопатии
- коморбидность с зависимостью от алкоголя
- органическая неполноценность головного мозга
- коморбидные фобические тревожные расстройства

Основанием для начала психофармакотерапии пациента является

- факт добровольного поступления в государственный наркологический стационар
- наличие объективно подтвержденных анамнестических сведений об игровой зависимости
- формальное наличие диагноза МКБ-10 «F63.0 Патологическое влечение к азартным играм»
- наличие синдрома зависимости

К основаниям для принятия решения врачом о лечении в стационаре относят

- аффективную патологию и семейные проблемы
- сам факт обращения к врачу-наркологу государственной наркологической клиники
- исключительно анамнестические сведения о наличии лудомании
- присутствие на приеме у врача-нарколога матери больного

Видом нехимических зависимостей раздела МКБ-10 «F63 Расстройства привычек и влечений», описывающих лудоманию, является

- F63.1 Патологическое влечение к поджогам
- F63.8 Другие расстройства привычек и влечений
- F63.2 Патологическое влечение к воровству
- F63.0 Патологическое влечение к азартным играм

Видом нехимических зависимостей раздела МКБ-10 «F63 Расстройства привычек и влечений» описывающих гэмблинг, является

- F63.1 Патологическое влечение к поджогам
- F63.8 Другие расстройства привычек и влечений
- F63.2 Патологическое влечение к воровству
- F63.0 Патологическое влечение к азартным играм

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина, 41 года обратилась в приемный покой наркологической клиники в сопровождении сестры

Жалобы

На общую слабость, тошноту, отсутствие аппетита, жидкий стул, неспособность прекратить употребление алкоголя

Анамнез заболевания

Систематически начала выпивать до 0,5-0,7 л шампанского с коллегами по работе и друзьями с начала предпринимательской деятельности. Через 2 года стала терять количественный контроль на фоне повышения толерантности к алкоголю до 0,5 л коньяка: сначала 1-4 раза в месяц, в последующем до 2 раз в неделю. С 30 лет стала опохмеляться с целью уменьшить после алкогольных эксцессов общий дискомфорт, сердцебиение, озноб, тремор рук, бессонницу. Злоупотребление алкоголем приняло отчетливо циклический характер продолжительностью до 3-5 дней с межзапойными промежутками от 2х-3х недель до 1-2 месяцев. Особенно много (до 0,7-0,8 л крепких спиртных напитков в сутки) выпивала после серьезных психотравмирующих событий

(аборт по настоянию мужа, развод с мужем и потеря дома, смерть брата, ампутация матки после пельвиоперитонита); подобное случалось и на фоне успехов в бизнесе. Иногда влечение к алкоголю (и, соответственно, запои) возникало без всякого повода, когда больная ощущала его внезапно и сразу довольно сильно – в виде «непонятного дискомфорта», тревоги, тяжести на душе. Последнее употребление алкоголя – накануне.

Анамнез жизни

Старший брат злоупотреблял алкоголем и покончил с собой, младшая сестра здорова. Родилась от здоровой беременности, с детства была упрямой, капризной и обидчивой, умела «давать сдачи», из-за чего родителей не раз вызывали в школу. Если не удавалось «ответить» обидчику сразу, надолго затаивала обиду, а позже, при удобном случае могла «отомстить». Стремилась выделиться среди сверстников, была зачинщицей всякого рода развлечений, которые часто носили близкий к хулиганскому характер. В 21 год вследствие недобровольной интимной связи родила дочь (позже вынудила полового партнера заключить с ней брак). Получила специальность бухгалтера и с 23 лет успешно начала заниматься частным предпринимательством. Лучше всего ей удавалась часть работы, связанная с документами, составлением отчетности, инструкций и т.п. В настоящее время разведена, одинока, живет на сбережения, материально помогает дочери. В 35 лет перенесла ампутацию матки после пельвиоперитонита.

Объективный статус

Соматический статус. Нормостенического сложения, язык обложен грязно-серым налетом, изо рта запах алкоголя. В правой подвздошной и надлобковой областях послеоперационные рубцы. В легких дыхание жесткое, единичные сухие хрипы в нижних отделах левого легкого, АД 140/85 мм.рт.ст., пульс 106 уд./мин., печень выступает на 4 см из-под края правой реберной дуги.

Неврологический статус. В позе Ромберга легкое покачивание, тремор кистей и пальцев вытянутых рук, сухожильные рефлексы несколько снижены.

Психический статус. Неопрятна, слегка заторможена, влечение к спиртному отрицает, но быстро соглашается с тем, что в других условиях "приняла бы спиртное, грамм 150". Не настроена на длительное лечение. Уверена, что причины ее злоупотребления алкоголем – преимущественно внешние обстоятельства. Вспоминает былые обиды на окружающих, «застревая» на деталях. Во время пребывания в отделении старалась вступить за других больных, которых, по ее мнению, обижают.

Шифром по МКБ-10 диагноза при поступлении, который целесообразно поставить на первое место медицинской карты стационарного больного (форма 003/у) в данной клинической ситуации с целью обоснования лечебно-

диагностических мероприятий в соответствии с нормативными документами, является

- F10.2. Синдром зависимости, вызванный употреблением алкоголя
- F10.30 Абстинентное состояние (синдром отмены алкоголя) неосложненное
- F10.202. Синдром зависимости от алкоголя. В настоящее время воздержание (ремиссия). Средняя стадия зависимости
- F10.1 Пагубное (с вредными последствиями) употребление алкоголя

Настоящее состояние больной, согласно актуальным клиническим рекомендациям МЗ РФ, диктует использование в первую очередь такого лабораторного метода исследования крови, как

- F10.2. Синдром зависимости, вызванный употреблением алкоголя
- F10.30 Абстинентное состояние (синдром отмены алкоголя) неосложненное
- F10.202. Синдром зависимости от алкоголя. В настоящее время воздержание (ремиссия). Средняя стадия зависимости
- F10.1 Пагубное (с вредными последствиями) употребление алкоголя

Результаты лабораторного метода обследования

Исходя из объективного статуса больной, согласно Стандарту специализированной медицинской помощи при абстинентном состоянии, целесообразен первичный прием (осмотр, консультация) врача-специалиста

- F10.2. Синдром зависимости, вызванный употреблением алкоголя
- F10.30 Абстинентное состояние (синдром отмены алкоголя) неосложненное
- F10.202. Синдром зависимости от алкоголя. В настоящее время воздержание (ремиссия). Средняя стадия зависимости
- F10.1 Пагубное (с вредными последствиями) употребление алкоголя

Результаты исследования

О чрезмерном потреблении пациенткой алкоголя свидетельствует превышение в анализе крови биохимическом общетерапевтическом таких нормативных показателей, как содержание

- белка общего
- щелочной фосфатазы
- холестерина
- ГГТ, АлАТ и АсАТ

К клиническому признаку, наиболее отчетливо свидетельствующему о формировании у пациентки начальной стадии зависимости, т.е. патологического влечения к алкоголю, относится

- наличие серьезных психотравмирующих событий в прошлом
- утрата количественного контроля
- динамическая форма потребления алкоголя в виде циклических запоев
- синдром отмены алкоголя с преобладанием вегетативных расстройств

К понятию скорость (темп) прогрессивности алкоголизма в наркологии традиционно принято относить

- суммарное число лет злоупотребления алкоголем до начала первого обращения к специалисту
- время, прошедшее от возраста начальной стадии до формирования синдрома отмены
- время, прошедшее от возраста начальной стадии до формирования синдрома психической деградации
- время формирования синдрома отмены от начала систематического потребления алкоголя

Скорость формирования алкоголизма у пациентки можно отнести к темпу прогрессивности в пределах

- стремительного
- малого
- среднего
- высокого

Форму злоупотребления алкоголем пациенткой можно отнести к такому динамическому типу, как

- постоянный
- запойный
- смешанный
- перемежающийся

О приступообразности патологического влечения к алкоголю у пациентки говорят такие признаки, как

- наличие психотравмирующих обстоятельств в периоде, предшествующем алкоголизму
- резкий рост толерантности к алкоголю в ходе заболевания
- спонтанное возникновение «тяги»

- успехи в ведении бизнеса как повод употребить спиртное согласно сложившимся традициям

Наиболее полно отразит клинико-терапевтическую ситуацию в медицинской карте стационарного больного (форма 003/у) шифр МКБ-10 диагноз заключительный клинический

- наличие психотравмирующих обстоятельств в периоде, предшествующем алкоголизму
- резкий рост толерантности к алкоголю в ходе заболевания
- спонтанное возникновение «тяги»
- успехи в ведении бизнеса как повод употребить спиртное согласно сложившимся традициям

Диагноз

Непосредственным основанием для оказания данной больной специализированной медицинской помощи является

- мнение сестры больной, присутствующей на приеме врача, о необходимости стационарного лечения
- добровольное информированное согласие на стационарное лечение
- утяжеление болезни в течение нескольких последних лет по данным анамнеза
- особенность объективного статуса пациентки

К первостепенным задачам терапии синдрома отмены алкоголя (СОА) относят

- мнение сестры больной, присутствующей на приеме врача, о необходимости стационарного лечения
- добровольное информированное согласие на стационарное лечение
- утяжеление болезни в течение нескольких последних лет по данным анамнеза
- особенность объективного статуса пациентки

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 27 лет обратилась в наркологический диспансер в сопровождении матери

Жалобы

На общее недомогание, плохое настроение, бессонницу

Анамнез заболевания

Регулярно употребляет алкоголь с возраста 22 лет в компании друзей 2-4 раза в неделю. Могла за день выпить около 1,0 л пива или 0,7 л сухого вина. Около года назад рассталась с молодым человеком, с которым прожила 4 года. На фоне подавленного настроения стала выпивать чаще; в последние 6 месяцев пьет практически ежедневно: до 3 л. пива в выходные и до 1,5 л. пива в будни; сильное опьянение вызывает сон. Сформировался синдром отмены с тошнотой, слабостью, общим плохим самочувствием. Сегодня утром выпила около 2 л пива; не отрицает желание «выпить ещё».

Анамнез жизни

Родилась в семье служащих в Надыме. Старший брат алкоголем не злоупотребляет. Отец занимает руководящий пост в газовой компании, по характеру жесткий, требовательный; мать – добрая, заботливая, тревожная. Рост и развитие без особенностей; отличалась общительностью, покладистостью, эмоциональностью, податливостью стороннему влиянию. Менструации с 13 лет, установились сразу, не болезненные. Успешно окончила школу и 3 курса факультета международных отношений одного из московских институтов; образование не завершила, т.к. появилась возможность высокого заработка (специалист по закупкам в мебельной фирме). Бездетна, проживает с родителями.

Объективный статус

Соматический статус. Нормального питания, кожные покровы бледные, АД 130/90 мм. рт. ст. ЧСС 120 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень + 1 см из под края реберной дуги. В остальном – норма. Неврологический статус. Со стороны черепно-мозговых нервов без патологии. Тремор пальцев вытянутых рук. Статика и координация без грубой патологии. Чувствительность не изменена. Патологических рефлексов нет. Психический статус. Внешне опрятна, в контакт вступает охотно, однако фон настроения снижен; обсуждение «алкогольной» темы вызывает слезы. Говорит, что ей «тяжело жить» из-за неустроенности в личной жизни, отсутствия детей. Суицидальных тенденций на момент осмотра не обнаруживает.

В данной клинической ситуации с целью обоснования лечебно-диагностических мероприятий в соответствии с нормативными документами, целесообразно поставить на первое место медицинской карты следующий шифр диагноза по МКБ-10

- мнение сестры больной, присутствующей на приеме врача, о необходимости стационарного лечения
- добровольное информированное согласие на стационарное лечение

- утяжеление болезни в течение нескольких последних лет по данным анамнеза
- особенность объективного статуса пациентки

Диагноз

Основаниями для применения амбулаторной медицинской помощи в данной клинической ситуации, согласно Приказу МЗ РФ от 30 декабря 2015 г. №1034н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю "психиатрия-наркология" и порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ», является

- присутствие на приеме матери пациентки, желающей, чтобы дочь прошла курс амбулаторного лечения
- наличие в анамнезе протрагированной психотравмирующей ситуации как причины начала злоупотребления алкоголем
- благополучный материальный и социальный статусы на фоне сравнительно долгого периода злоупотребления алкоголем
- отсутствие тяжелых расстройств здоровья при самостоятельном обращении

К нормативным документам Министерства Здравоохранения РФ, содержащим клинические рекомендации для обоснования организационной формы лечения в данной клинической ситуации, относят

- приказ Министерства здравоохранения РФ от 17 мая 2016 г. N 302н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением психоактивных веществ"
- клинические рекомендации Министерства Здравоохранения Российской Федерации. «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Синдром отмены алкоголя (алкогольное абстинентное состояние)»
- приказ Министерства здравоохранения РФ от 17 мая 2016 г. N 300н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при пагубном употреблении психоактивных веществ"
- приказ Министерства здравоохранения РФ от 17 мая 2016 г. N 301н "Об утверждении стандарта первичной специализированной медико-санитарной помощи при пагубном употреблении психоактивных веществ"

Наиболее информативным из рутинных методов исследования крови для уточнения факта злоупотребления алкоголем, рекомендованных нормативными документами, является

- приказ Министерства здравоохранения РФ от 17 мая 2016 г. N 302н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением психоактивных веществ"
- клинические рекомендации Министерства Здравоохранения Российской Федерации. «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Синдром отмены алкоголя (алкогольное абстинентное состояние)»
- приказ Министерства здравоохранения РФ от 17 мая 2016 г. N 300н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при пагубном употреблении психоактивных веществ"
- приказ Министерства здравоохранения РФ от 17 мая 2016 г. N 301н "Об утверждении стандарта первичной специализированной медико-санитарной помощи при пагубном употреблении психоактивных веществ"

Результат исследования

Биохимическими показателями, свидетельствующими о чрезмерном потреблении пациенткой алкоголя, является превышение в крови нормы

- уровня холестерина
- концентрации глюкозы
- ГГТ и АсАТ
- содержания триглицеридов

Имевшиеся у пациентки доболезненные расстройства настроения могут быть отнесены к эмоциональной патологии разряда

- эндогенной патологии
- психопатии
- посттравматического стрессового расстройства
- невротической

Исходя из клинико-anamnestических сведений, для уточнения диагноза сопутствующих психологических расстройств целесообразен первичный прием (осмотр, консультация) такого врача-специалиста, как

- невролога
- инфекциониста
- психотерапевта
- оториноларинголога

Тактика терапии врача-нарколога, которой следует придерживаться, исходя из установленного диагноза и объективного статуса больной, а также анамнестических сведений, заключается в

- проведении интенсивных детоксикационных мероприятий с последующей выпиской из стационара и направлением больной в реабилитационный центр
- проведении комплексного медикаментозного и психотерапевтического лечения
- мотивации пациентки после стабилизации её психофизического состояния к активному участию во внешних группах самопомощи параллельно с лечением в стационаре
- акценте лечебных мероприятий после стабилизации психофизического состояния на семейной психотерапии

Одним из лабораторных показателей крови, считающимся прямым свидетельством потребления алкоголя, является

- содержание углеводов-дефицитного трансферрина
- уровень содержания этанола
- средний корпускулярный объем эритроцитов
- активность фермента аспартатаминотрансферазы

Диагностической чувствительностью биологических маркеров злоупотребления алкоголем среди обследованных тестами называют долю

- здоровых лиц с отрицательными результатами обследования
- больных с отрицательными показателями исследований
- больных с положительными результатами
- здоровых лиц с положительными результатами анализов

Диагностической специфичностью биологических маркеров злоупотребления алкоголем среди обследованных тестами называют долю

- здоровых с отрицательным результатом
- больных с отрицательными показателями исследований
- больных с положительными результатами исследований
- здоровых лиц с положительными результатами анализов

Одним из лабораторных показателей общего развернутого анализа крови, свидетельствующим о злоупотреблении алкоголем, является

- здоровых с отрицательным результатом
- больных с отрицательными показателями исследований

- больных с положительными результатами исследований
- здоровых лиц с положительными результатами анализов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 68 лет обратилась в приемный покой клиники в сопровождении дочери

Жалобы

На общую слабость, тревогу, дрожь в руках и в теле, плохую память

Анамнез заболевания

Анамнестические данные получены большей частью от дочери пациентки из-за слабой памяти у больной. Систематически употребляет спиртное с возраста 33 лет, начав регулярно выпивать «за компанию» с мужем, склонным к злоупотреблению алкоголем. В возрасте около 40 лет начала регулярно напиваться допьяна, а ещё спустя 2 года появились запои – сначала по 2-3 дня, затем по 1-2 недели с разными промежутками. Начиная с возраста 50 лет под «давлением» дочери лечилась «на дому» с проведением «запретительных» процедур; ремиссии составляли от 4-х лет (первая) до 3-х недель полгода назад. После смерти мужа 2,5 года назад начала пить практически ежедневно по 250-300 мл водки в сутки; ухудшилась память, перестала следить за собой, запустила домашнее хозяйство; живет на иждивении у дочери, на её замечания не реагирует или реагирует формально. В похмелье: выраженный тремор тела, тревога, плохое настроение, боли в икроножных мышцах. Накануне обращения в клинику вечером выпила 50 мл водки.

Анамнез жизни

Наследственность не отягощена. После окончания школы не училась; по протекции многие годы работала контролером в Государственном хранилище ценностей; после увольнения в связи сокращением штатов (больной 51 год) – домохозяйка. Муж лечился от алкоголизма, умер от онкологического заболевания. Дочь 44 лет здорова, проживает отдельно, последнее время вынуждена контролировать поведение матери во избежание экстренных ситуаций с электричеством и водоснабжением в квартире.

Объективный статус

Соматический статус. Правильного телосложения, нормального питания. Кожные покровы бледные; потливость. Язык влажный, обложен белым налетом. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 150/100 мм рт., частота пульса 110 уд./мин. Живот мягкий,

безболезненный во всех отделах; печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см. _Неврологический статус_. Со стороны черепно-мозговых нервов – ослабленная конвергенция глазных яблок, легкая девиация языка влево. Сухожильные рефлексы симметрично ослаблены. В позе Ромберга неустойчива, пальценосовую пробу выполняет с ошибками; выраженный тремор пальцев рук, век. Поверхностная чувствительность снижена по типу высоких «носок». _Психический статус_. Внешний вид имеет черты запущенности, но одежда чистая. Вступает в беседу охотно, несколько заторможена, фон настроения умеренно снижен. Речь последовательная, отвечает на все вопросы после раздумий, часто ссылаясь на плохую память. Ориентирована не точно: путает текущий месяц, уменьшает свой возраст. Приуменьшает размеры алкоголизации, но легко соглашается на лечение и возможную трезвость в будущем. Не отрицает желание выпить.

В данной клинической ситуации в первую очередь востребована такая медицинская услуга из Стандарта специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости, как первичный прием (осмотр, консультация) врача

- психиатра-нарколога
- дерматовенеролога
- анестезиолога-реаниматолога
- невролога

Токсикогенное влияние этанола в данной клинической ситуации отражает такой лабораторный метод исследования крови, как

- психиатра-нарколога
- дерматовенеролога
- анестезиолога-реаниматолога
- невролога

Результаты обследования крови

Показателем биохимического анализа крови, помимо уровня трансфераз, свидетельствующим о чрезмерном потреблении пациенткой алкоголя, является

- содержание глюкозы
- содержание билирубина
- уровень щелочной фосфатазы
- концентрация белка общего в сыворотке

Для диагностики сопутствующей патологии, исходя из объективного статуса больной, согласно Клиническим рекомендациям Минздрава России, целесообразно использовать такой инструментальный метод исследования, как

- содержание глюкозы
- содержание билирубина
- уровень щелочной фосфатазы
- концентрация белка общего в сыворотке

Результаты инструментального метода исследования

Полученные клиничко-anamнестические данные пациентки вписываются, согласно МКБ-10, в подрубрику психических расстройств и расстройств поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ, обозначенную как

- острая интоксикация
- пагубное употребление
- синдром зависимости
- абстинентное состояние с делирием

Имеющиеся клиничко-anamнестические сведения позволяют диагностировать у больной стадию алкогольной зависимости

- F10.2x3 конечную (третью)
- F10.2x1 начальную (первую)
- F10.2x9 не известную
- F10.2x2 среднюю (вторую) стадия

Конечную стадию алкогольной зависимости позволяют диагностировать у больной следующие клиничко-anamнестические признаки

- одиночество после смерти мужа, отсутствие запойного пьянства, соматическая патология
- наличие синдрома отмены, постоянная форма употребления алкоголя, соматоневрологические нарушения в объективном статусе
- сниженная толерантность, когнитивное снижение, нравственная деградация
- снижение переносимости алкоголя на фоне постоянного употребления, нарушение поверхностной чувствительности

Для обоснования лечебно-диагностических мероприятий в соответствии с нормативными документами, в данной клинической ситуации на первое

**место медицинской карты стационарного больного (форма 003/у)
целесообразно поставить следующий шифр МКБ-10 диагноза при
поступлении**

- F10.243. Синдром зависимости от алкоголя. Употребление алкоголя в настоящее время (активная зависимость). Конечная (третья) стадия зависимости
- F10.3 Абстинентное состояние (синдром отмены алкоголя)
- F10.2. Синдром зависимости, вызванный употреблением алкоголя
- F10.203. Синдром зависимости от алкоголя. В настоящее время воздержание (ремиссия). Конечная (третья) стадия зависимости.

Шифром по МКБ-10 диагноза заключительного клинического в медицинской карте стационарного больного (форма 003/у), наиболее полно отражающим клинико-терапевтическую ситуацию, является

- F10.243. Синдром зависимости от алкоголя. Употребление алкоголя в настоящее время (активная зависимость). Конечная (третья) стадия зависимости
- F10.3 Абстинентное состояние (синдром отмены алкоголя)
- F10.2. Синдром зависимости, вызванный употреблением алкоголя
- F10.203. Синдром зависимости от алкоголя. В настоящее время воздержание (ремиссия). Конечная (третья) стадия зависимости.

Диагноз

Признаками абстинентного синдрома, позволяющими определить его тяжесть, являются

- вегетативные и неврологические нарушения в объективном статусе, сочетающиеся с мнестическими расстройствами
- частота пульса, диастолическое АД, вегетативные, неврологические и психические нарушения
- наличие мнестических расстройств в объективном статусе в сочетании с влечением к алкоголю
- неугасшее патологическое влечение к алкоголю в сочетании с соматоневрологическими нарушениями

Основаниями для применения Стандарта специализированной медицинской помощи в данной клинической ситуации являются

- отсутствие отказа со стороны больной лечиться в стационаре
- противоречивость суждений больной о своем пьянстве
- признаки синдрома отмены

- присутствие при сборе объективного анамнеза дочери пациентки

К первостепенным задачам терапии синдрома отмены алкоголя (СОА) относятся

- отсутствие отказа со стороны больной лечиться в стационаре
- противоречивость суждений больной о своем пьянстве
- признаки синдрома отмены
- присутствие при сборе объективного анамнеза дочери пациентки

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 50 лет поступает на лечение в стационар по направлению НД в сопровождении социального работника

Жалобы

На общую слабость, «разбитость», плохое настроение

Анамнез заболевания

Наследственность неотягощена. Злоупотреблять алкоголем начала в возрасте 25 лет под влиянием мужа, склонного к пьянству. Спустя 2 года сформировалась утрата количественного контроля с ростом толерантности до 0,5 л водки, спустя еще 3 года возникли запои – вначале длительностью 2-3 дня, затем – до 7-10 дней с разными промежутками. После развода с первым мужем в возрасте 38 лет продолжила злоупотреблять алкоголем с сожителем, от которого родила дочь. В течение последних 5 лет толерантность к алкоголю значительно снизилась, практически ежедневно потребляет не более 2-х л пива. Накануне поступления выпила 1,0 л пива.

Анамнез жизни

Старшие сестра и брат здоровы. Росла и развивалась без особенностей. По характеру доброжелательная, необидчивая, легко подчиняемая. Долгие годы работала оператором ЭВМ, затем продавцом (была уволена в связи с пьянством); в течение последнего года живет за счет сожителя. От брака имеет сына 24 лет, от сожителя – дочь 11 лет. Проживает в доме, предназначенном на снос, не уделяет должного внимания дочери, прекратила общение с родственниками под надуманным предлогом. В течение последних 3х лет находится под патронажем социальных работников как малообеспеченная семья; органы опеки инициировали процесс лишения прав материнства.

Объективный статус

Соматический статус. Нормостеник, пониженного питания. Кожные покровы

бледные. Язык влажный, обложен серым налетом. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 160/100 мм рт., ЧСС 100 уд./мин. Пальпация несколько болезненна в эпигастральной области и в левом подреберье; печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, склонность к запорам. Неврологический статус. Со стороны черепно-мозговых нервов без патологии. Сухожильные рефлексы симметрично снижены. В позе Ромберга неустойчива, тремор вытянутых пальцев рук, век, языка. Пальценосовую пробу выполняет с интенционным тремором. Поверхностная чувствительность снижена в дистальных отделах н/конечностей. Психический статус. Ориентирована правильно. Опрятно одета. В контакт вступает охотно. Несколько напряжена; фон настроения снижен. Отвечает на вопросы, в целом, по существу. Однако нехотя, скрывая неприглядные стороны, рассказывает о злоупотреблении алкоголем, основной причиной которого называет «жилищные условия» и «проблемы с матерью». Преуменьшает размеры алкоголизации. Критика к злоупотреблению алкоголем практически отсутствует, однако против лечения не протестует. Влечение к алкоголю категорически отрицает.

В данной клинической ситуации востребована медицинская услуга из Стандарта специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости в виде первичного приема (осмотр, консультация) врача

- невролога
- дерматовенеролога
- анестезиолога-реаниматолога
- психиатра-нарколога

Актуальность клинической ситуации диктует необходимость лабораторного метода исследования крови, согласно Стандарту оказания специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости, в виде

- невролога
- дерматовенеролога
- анестезиолога-реаниматолога
- психиатра-нарколога

Результаты обследования крови

О чрезмерном потреблении пациенткой алкоголя свидетельствует такой анализ крови, как

- проведения реакции Вассермана (RW)

- определение антигена к вирусу гепатита В (HbsAg Hepatitis B virus)
- исследование уровня гамма-глутамилтрансферазы
- определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту С (Hepatitis C virus)

Медицинской услугой для диагностики заболевания, согласно Стандарту специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости, целесообразной для диагностики сопутствующей патологии, исходя из объективного статуса больной, является

- рентгенография легких
- прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный
- эхоэнцефалография
- электроэнцефалография

Полученные клинико-anamnestические данные пациентки выписываются в такую рубрику психических расстройств и расстройств поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ, согласно МКБ-10, как

- абстинентное состояние с делирием
- синдром зависимости
- пагубное употребление
- острая интоксикация

Имеющиеся клинико-anamnestические сведения позволяют диагностировать у больной такую стадию алкогольной зависимости, как

- F10.2x3 конечная (третья) стадия
- F10.2x2 средняя (вторая) стадия
- F10.2x9 стадия не известна
- F10.2x1 начальная (первая) стадия

К клинико-anamnestическим признакам, позволяющим диагностировать у больной исходную стадию алкоголизма, относятся

- снижение переносимости алкоголя на фоне постоянного употребления, нарушение поверхностной чувствительности
- сниженная толерантность, выраженная нравственно-этическая деградация
- пьющий сожитель, отсутствие запойного пьянства, соматическая и неврологическая патология
- наличие синдрома отмены, постоянная форма употребления алкоголя, соматоневрологические нарушения в объективном статусе

Максимально полно отразит данную клиническую ситуацию с целью обоснования лечебно-диагностических мероприятий в соответствии с нормативными документами такой шифр по МКБ-10 диагноза при поступлении, как

- F10.30 Абстинентное состояние (синдром отмены алкоголя) неосложненное + F 10.253 Синдром зависимости от алкоголя. Систематическое (постоянное употребление). Конечная (третья стадия) зависимости
- F10.3 Абстинентное состояние (синдром отмены алкоголя)
- F10.2. Синдром зависимости, вызванный употреблением алкоголя
- F10.243. Синдром зависимости от алкоголя. Употребление в настоящее время (активная зависимость). Конечная (третья) стадия зависимости

Наиболее полно отразит клинико-терапевтическую ситуацию в медицинской карте стационарного больного шифр перед выпиской диагноза заключительного клинического в виде

- F10.30 Абстинентное состояние (синдром отмены алкоголя) неосложненное + F 10.253 Синдром зависимости от алкоголя. Систематическое (постоянное употребление). Конечная (третья стадия) зависимости
- F10.3 Абстинентное состояние (синдром отмены алкоголя)
- F10.2. Синдром зависимости, вызванный употреблением алкоголя
- F10.243. Синдром зависимости от алкоголя. Употребление в настоящее время (активная зависимость). Конечная (третья) стадия зависимости

Диагноз

Тяжесть абстинентного синдрома определяется такими признаками, как

- вегетативные, соматоневрологические и эмоциональные расстройства
- протрагированные психотравмирующие ситуации, предшествовавшие злоупотреблению алкоголем, либо возникшие как его результат
- высокая прогрессивность зависимости от алкоголя с ранним началом злоупотребления спиртными напитками
- длительность злоупотребления алкоголем с учетом динамики суточной переносимости алкоголя и коморбидной соматоневрологической патологии

Основанием для применения Стандарта специализированной медицинской помощи в данной клинической ситуации является

- выраженные признаки синдрома отмены алкоголя

- угроза лишения материнства в сочетании с мнестическими расстройствами
- элементы недобровольности обращения в наркологический стационар в форме сопровождение пациентки работником социальной службы
- отсутствие отказа со стороны больной лечиться в стационаре в сочетании с длительностью болезни

К первостепенным задачам терапии синдрома отмены алкоголя относят

- выраженные признаки синдрома отмены алкоголя
- угроза лишения материнства в сочетании с мнестическими расстройствами
- элементы недобровольности обращения в наркологический стационар в форме сопровождение пациентки работником социальной службы
- отсутствие отказа со стороны больной лечиться в стационаре в сочетании с длительностью болезни

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 28 лет обратился на прием к врачу-наркологу стационара в сопровождении брата

Жалобы

На неспособность прекратить азартные игры

Анамнез заболевания

Первые ставки начал делать в залах игровых автоматов, будучи 15-летним школьником. Первая же попытка принесла весомый выигрыш и ощущение возможной удачи в будущем. В течение нескольких месяцев «втянулся», начал занимать под разными предлогами деньги у родных, а также сам подрабатывал курьером. Продолжал играть с переменным успехом во время учебы в колледже, и позже, работая машинистом электропоезда; начал использовать интернет-игры. Отношения в собственной семье ухудшились, т.к. игра наносила ощутимый ущерб бюджету. Начал брать микрозаймы, ссуды в банке; брак из-за этого на грани распада. В настоящее время совокупная сумма долга – около 1,5 млн. Брат больного убедил его обратиться в наркологическую клинику

Анамнез жизни

Родился в семье служащих. Отец склонен к употреблению алкоголя, старший брат здоров. На протяжении всей жизни характер отличался чрезмерной добросовестностью, аккуратностью, педантичностью, осторожностью. По окончании колледжа работает машинистом электропоезда. В свободное время

подрабатывает частным извозом. Имеет 5-летнюю дочь. Практически не болел. Со слов брата – упрямец, но хороший семьянин и любящий отец.

Объективный статус

Соматический статус. Телосложение нормостеническое. АД 130/80 мм рт.ст., ЧСС – 70 уд./мин. В остальном – норма. Неврологический статус. Нарушений чувствительной и двигательной сфер нет, очаговая симптоматика отсутствует. Психический статус. Держится скованно, избегает прямого взгляда. Настроение снижено. Отвечает на вопросы по существу. Говорит, что ничего не может с собой сделать, чтобы прекратить азартные игры. Высказывает чувство вины перед семьей, т.к. после каждого семейного конфликта «клялся» прекратить игру, но остановить себя не мог («ноги сами несли к компьютеру», «а вдруг повезет»). Напуган создавшейся финансовой ситуацией, опасается возможного визита судебных приставов. Суицидальных мыслей не высказывает. Настроен на прохождение полного курса лечения.

К рутинным лабораторным методам исследования крови для оценки соматического состояния пациента при поступлении в наркологический стационар, относятся общий (клинический) анализ крови развернутый и

- определение антигена к вирусу гепатита В (HbsAg Hepatitis B virus) в крови
- определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту С (Hepatitis C virus) в крови
- определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1)
- биохимический общетерапевтический

К рекомендованному методу рутинной инструментальной диагностики для оценки соматического состояния пациента в первую очередь относится

- рентгенография всего черепа, в одной или более проекциях
- эхоэнцефалография
- регистрация электрокардиограммы
- электроэнцефалография

Шифром МКБ-10 диагноза при поступлении в медицинской карте стационарного больного (форма 003/у) с целью обоснования лечебно-диагностических мероприятий в данной клинической ситуации является

- F63.0 Патологическое влечение к азартным играм
- F30.1 Мания без психотических симптомов
- F22.8 Другие хронические бредовые расстройства
- F22.8 Другие хронические бредовые расстройства

Предварительный диагноз наркологического расстройства устанавливается врачом психиатром-наркологом с момента поступления в течение

- 2-х суток
- первых 12 часов
- первых суток
- 3-х суток

Сроком с момента поступления в стационар, за который следует установить основной диагноз наркологического расстройства, является

- 2-е суток
- 12 часов
- 10 суток
- 3-7 суток

Разряд специфических расстройств личности, согласно критериям МКБ-10, к которому можно отнести пациента, является расстройство

- ананкастное
- тревожное
- шизоидное
- истерическое

Шифром диагноза заключительного клинического в медицинской карте стационарного больного (форма 003/у), наиболее полно отражающим клинико-терапевтическую ситуацию, является

- ананкастное
- тревожное
- шизоидное
- истерическое

Диагноз

Дифференциально-диагностическим отличием склонности к азартным играм при специфическом расстройстве личности от диагноза «патологическое влечение к азартным играм» является

- коморбидные фобические тревожные расстройства
- коморбидность с зависимостью от алкоголя
- наличие психопатии
- органическая неполноценность головного мозга

Понятие «синдром игрового транса» включает

- азарт, поглощение игрой с невозможностью её прекратить, несмотря на выигрыш или проигрыш
- психопатологическое, тягостное состояние, возникающее в связи с проигрышем во время игры, сразу по ее завершении или спустя 1-2 суток
- приподнятое, порой эйфорическое настроение, прилив энергии, ощущение своего превосходства, радость достижения цели
- эмоциональные, поведенческие, диссомнические, нерезко выраженные вегетативные, соматические расстройства и все усиливающееся патологическое влечение к игре

Понятие «синдром выигрыша» представляет собой

- признаки негативных личностных, поведенческих, эмоциональных и интеллектуально-мнестических нарушений на фоне различной степени выраженности синдрома игровой зависимости
- приподнятое, порой эйфорическое настроение, прилив энергии, ощущение своего превосходства, радость достижения цели
- психопатологическое, тягостное состояние, возникающее в связи во время игры, сразу по ее завершении или спустя 1-2 суток
- эмоциональные, поведенческие, диссомнические, нерезко выраженные вегетативные, соматические расстройства и все усиливающееся патологическое влечение к игре

Патологический гемблинг при отсутствии коморбидных психических расстройств, согласно МКБ-10, соответствует диагнозу

- F60.2 Склонность к азартным играм при диссоциальном расстройстве личности
- F30.x Пристрастие к азартным играм лиц с маниакальным эпизодом
- Z72.6 Склонность к азартным играм и пари
- F63.0 Патологическое влечение к азартным играм

К виду нехимических зависимостей раздела МКБ-10 «F63 Расстройства привычек и влечений», описывающему лудоманию, относится

- F60.2 Склонность к азартным играм при диссоциальном расстройстве личности
- F30.x Пристрастие к азартным играм лиц с маниакальным эпизодом
- Z72.6 Склонность к азартным играм и пари
- F63.0 Патологическое влечение к азартным играм

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 31 год обратился на прием к врачу-наркологу стационара в сопровождении матери

Жалобы

На непреодолимое желание совершать игровые ставки

Анамнез заболевания

Два года назад «по совету надежных друзей» попробовал сделать спортивную ставку в букмекерской конторе; выиграв в первый раз, почувствовал «азарт» и продолжил играть. В течение нескольких месяцев в игре периодически «везло», увлекся; затем начал проигрывать, пытаясь «отыграться», брал деньги из доходов частного предприятия, чем разрушил свой бизнес. Жена пациента, узнав о его увлечении азартной игрой, расторгла брак. Родственники больного приняли участие в его судьбе и посоветовали обратиться в наркологическую клинику.

Анамнез жизни

Родился в семье учительницы и военного. Со слов матери: рос очень подвижным, легко возбудимым, постоянно стремился быть первым в детских и подростковых играх; обижался, если это не удавалось, винил в этом всех, кроме себя. По протекции отца поступил на платное отделение института, где в ущерб учёбе активно занялся общественно-политической деятельностью (член молодежного движения «Россия молодая», после окончания учебы стал руководителем финансового отдела одного из отделений); участвовал в митингах, в 2008 году после военного конфликта в Цхинвале (Южная Осетия) оказывал социальную поддержку и проводил политическую агитацию среди пострадавших. До развода с женой вёл совместно с ней частный бизнес. В настоящее время – безработный, живет на иждивении родителей. Со слов матери, пытается восстановить коммерческую деятельность.

Объективный статус

Соматический статус. Выглядит моложе своих лет. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы бледные. АД 120/ 70 мм рт.ст. В остальном – норма. Неврологический статус. Нарушений чувствительной и двигательной сфер нет, очаговая симптоматика отсутствует. Психический статус. Держится раскованно. Сознание сохранено, правильно ориентирован во времени и в собственной личности. Настроение снижено, что объясняет «чудовищными долгами» и неспособностью справиться с желанием «отыграться», т.к. «надежда выиграть» его не оставляет. Одновременно, с видимым удовольствием, с подъемом настроения, рассказывает о своей «важной для государства» общественной деятельности и намерен по окончании лечения её

продолжить в случае, если не удастся восстановить коммерческую деятельность. Суицидальных мыслей не высказывает. Настроен на прохождение полного курса лечения.

К рекомендованным лабораторным методам исследования крови, позволяющим оценить соматическое состояние пациента с болезнью зависимости при поступлении в наркологический стационар, относятся анализ крови биохимический общетерапевтический и

- определение антигена к вирусу гепатита В (HbsAg Hepatitis B virus) в крови
- определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1)
- определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту С (Hepatitis C virus) в крови
- общий (клинический) анализ крови развернутый

К рекомендованному в первую очередь методу инструментальной диагностики для оценки соматического состояния пациента при поступлении в наркологический стационар относится

- регистрация электрокардиограммы
- рентгенография всего черепа, в одной или более проекциях
- электроэнцефалография
- эхоэнцефалография

Шифром по МКБ-10 диагноза при поступлении, который целесообразно поставить в медицинской карте стационарного больного (форма 003/у) в данной клинической ситуации с целью обоснования лечебно-диагностических мероприятий, является

- F22.8 Другие хронические бредовые расстройства
- F63.0 Патологическое влечение к азартным играм
- F30.1 Мания без психотических симптомов
- F22.8 Другие хронические бредовые расстройства

Предварительный диагноз наркологического расстройства устанавливается врачом психиатром-наркологом с момента поступления в течение

- 3-х суток
- первых суток
- первых 12 часов
- 2-х суток

Нормативный документ рекомендует установить основной диагноз наркологического расстройства с момента поступления в стационар в течение

- 12 часов
- 2-е суток
- 3-7 суток
- 10 суток

Разряд специфических расстройств личности, согласно критериям МКБ-10, к которому можно отнести пациента, относится к расстройству

- тревожному
- ананкастному
- истерическому
- шизоидному

К диагнозу заключительному клиническому в медицинской карте стационарного больного (форма 003/у), наиболее полно отражающему клинико-терапевтическую ситуацию, относится

- тревожному
- ананкастному
- истерическому
- шизоидному

Диагноз

Дифференциально-диагностическим отличием склонности к азартным играм при истерическом расстройстве личности от диагноза «патологическое влечение к азартным играм» является

- наличие психопатии
- органическая неполноценность головного мозга
- коморбидные фобические тревожные расстройства
- коморбидность с зависимостью от алкоголя

Понятие «синдром игрового транса» включает

- эмоциональные, поведенческие, диссомнические, нерезко выраженные вегетативные, соматические расстройства и все усиливающееся патологическое влечение к игре
- приподнятое, порой эйфорическое настроение, прилив энергии, ощущение своего превосходства, радость достижения цели

- азарт, поглощение игрой с невозможностью её прекратить, несмотря на выигрыш или проигрыш
- психопатологическое, тягостное состояние, возникающее в связи с проигрышем во время игры, сразу по ее завершении или спустя 1-2 суток

Понятие «синдром выигрыша» представляет собой

- приподнятое настроение, прилив энергии, ощущение превосходства, радость достижения цели
- признаки негативных личностных, поведенческих, эмоциональных и интеллектуально-мнестических нарушений на фоне различной степени выраженности синдрома игровой зависимости
- эмоциональные, поведенческие, диссомнические, нерезко выраженные вегетативные, соматические расстройства и все усиливающееся патологическое влечение к игре
- психопатологическое, тягостное состояние, возникающее в связи во время игры, сразу по ее завершении или спустя 1-2 суток

Патологический гемблинг при отсутствии коморбидных психических расстройств, согласно МКБ-10, соответствует диагнозу

- F30.x Пристрастие к азартным играм лиц с маниакальным эпизодом
- Z72.6 Склонность к азартным играм и пари
- F60.2 Склонность к азартным играм при диссоциальном расстройстве личности
- F63.0 Патологическое влечение к азартным играм

К виду нехимических зависимостей раздела МКБ-10 «F63 Расстройства привычек и влечений», описывающему лудоманию, относится

- F30.x Пристрастие к азартным играм лиц с маниакальным эпизодом
- Z72.6 Склонность к азартным играм и пари
- F60.2 Склонность к азартным играм при диссоциальном расстройстве личности
- F63.0 Патологическое влечение к азартным играм

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 31 года обратился к врачу-наркологу в сопровождении матери и своей подруги.

Жалобы

На неудержимое влечение к азартным играм, неустойчивое настроение, прерывистый сон.

Анамнез заболевания

В студенческие годы в зале игровых автоматов увлекся и незаметно для себя проиграл 5000 рублей, был испуган; спустя полгода, отдав долг, решил «ещё раз попробовать счастья» и за несколько месяцев потратил около 30 тысяч рублей. Мать помогла вернуть одолженные деньги и скрыла этот эпизод от других членов семьи. До окончания ВУЗа играл контролируемо, тратил только карманные деньги. После демобилизации из армии сразу начал работать и как только появились первые деньги, возобновил игру на автоматах. Расходы довольно быстро превысили доходы; занимал деньги у коллег и друзей, брал кредиты, чтобы отдавать долги и не вызывать подозрений у близких. Дважды обращался за помощью к родителям (долги превышали в одном случае 1,2 млн рублей, в другом – 3,5 млн), со слезами на глазах «клялся» прекратить игру, но каждый раз спустя несколько месяцев неудержимо тянуло «испытать судьбу». Дважды амбулаторно лечился у частного врача-психиатра (родные боялись возможной огласки) с полугодовой ремиссией; не помогла и многомесячная «изоляция» от игр у родственников за рубежом (начал делать ставки на спорт через интернет-ресурсы). Знакомые помогли возобновить работу в Москве по специальности. После проигрыша 7 млн рублей близкие решились обратиться в государственный наркологический стационар.

Анамнез жизни

Наследственность отягощена алкоголизмом деда по отцовской линии. Родился в полной семье, старшим из двух сыновей. Ранее развитие без особенностей. В школу пошел с 6,5 лет, учился на «отлично»; предпочитал точные науки, увлекался чтением (со слов матери, «книжки из рук не выпускал»). Обладал покладистым характером, но при этом избегал «дурных» компаний сверстников. Получил специальность педагога; преподавал в средних школах, занимался административной работой. Не женат, детей нет. Проживает с родителями.

Объективный статус

Соматический статус. Внешний вид соответствует возрасту, телосложение нормостеническое. АД 120/80 мм рт./ст. ЧСС 74 уд./мин., ритм правильный. В остальном – норма. Неврологический статус. Нарушений чувствительной и двигательной сфер нет, очаговая симптоматика отсутствует. Психический статус. Внешне опрятен. Выглядит подавленным, сидит в «зажатой» позе. Избегает прямого взгляда. Напряжен, тревожен. Ориентирован всесторонне. На вопросы отвечает по существу. Эмоциональный фон снижен, на глазах слезы. Признает

сильное желание «хоть сейчас» сделать игровую ставку. Острой психотической симптоматики на момент осмотра не обнаруживается. Суицидальные тенденции не выявляются. Высказывает настрой на полный курс лечения.

Основанием для принятия решения врачом о госпитализации данного пациента является

- наличие анамнестических сведений о неспособности отказаться от азартных игр, несмотря на многочисленные проигрыши
- присутствие на приеме у врача-нарколога матери пациента и его подруги, настроенных на его госпитализацию
- сам факт обращения вынужденного пациента к врачу-наркологу бюджетного наркологического стационара
- сочетание аффективной патологии в статусе с семейно-социальными проблемами

Предварительный диагноз наркологического расстройства устанавливается врачом психиатром-наркологом с момента поступления в течение

- 2-х суток
- первых суток
- 3-х суток
- первых 12 часов

Срок установления основного диагноза наркологического расстройства с момента поступления в стационар составляет

- 2-е суток
- 12 часов
- 10 суток
- 3-7 суток

К рутинным методам инструментальной диагностики, целесообразным для оценки соматического состояния пациента с болезнью зависимости при поступлении в наркологический стационар, относится

- рентгенография всего черепа, в одной или более проекциях
- электроэнцефалография
- регистрация электрокардиограммы
- эхоэнцефалография

Рутинным лабораторным методом исследования крови для оценки соматического состояния пациента при поступлении в наркологический стационар является общий (клинический) анализ крови развернутый и

- определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту C (Hepatitis C virus) в крови
- определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1)
- биохимический общетерапевтический
- определение антигена к вирусу гепатита B (HbsAg Hepatitis B virus) в крови

Выявленные согласно клинико-anamнестическим данным нарушения относятся, согласно МКБ-10, к такому блоку психических расстройств, как

- F61 Смешанное и другие расстройства личности
- F62 Стойкие изменения личности, не связанные с повреждением или болезнью головного мозга
- F60 Специфические расстройства личности
- F63 Расстройства привычек и влечений

Шифром по МКБ-10 диагноза при поступлении, который целесообразно поставить в медицинской карте стационарного больного (форма 003/у) в данной клинической ситуации с целью обоснования лечебно-диагностических мероприятий, является

- F61 Смешанное и другие расстройства личности
- F62 Стойкие изменения личности, не связанные с повреждением или болезнью головного мозга
- F60 Специфические расстройства личности
- F63 Расстройства привычек и влечений

Диагноз

К анамнестическим сведениям, позволяющим считать данный клинический случай игровой зависимостью в соответствии с критериями МКБ-10, относятся

- неспособность прекратить участие в азартных играх, долги, семейные проблемы
- отсутствие собственных средств к существованию, финансовое неблагополучие, иждивенчество
- личностно-характерологические черты, отсутствие собственной семейной жизни, значительный денежный долг
- наследственность, отягощенная алкоголизмом отца, врожденные черты характера, неспособность погасить огромный денежный долг

Основанием для начала психофармакотерапии в данном клиническом случае является

- сам факт обращения в наркологический стационар в сопровождении матери и подруги
- наличие когнитивно-поведенческих расстройств в анамнезе, соответствующих критериям МКБ-10 для установления диагноза: «F63.0 Патологическое влечение к азартным играм»
- наличие психопатологических расстройств
- наличие анамнестических сведений о длительности игровой зависимости

Для стабилизации текущего психического статуса в рамках патологического влечения к азартным играм пациенту в первую очередь показано лечение в форме

- психофармакотерапии
- лечебной физкультуры
- психотерапии
- физиолечения

Патологический гемблинг при отсутствии коморбидных психических расстройств, согласно МКБ-10, соответствует диагнозу

- пристрастие к азартным играм лиц с маниакальным эпизодом (F30.x)
- склонность к азартным играм и пари (Z72.6)
- F63.0 Патологическое влечение к азартным играм
- склонность к азартным играм при диссоциальном расстройстве личности (F60.2)

Понятие «игровой драйв» соответствует такому психопатологическому синдрому, как синдром

- пристрастие к азартным играм лиц с маниакальным эпизодом (F30.x)
- склонность к азартным играм и пари (Z72.6)
- F63.0 Патологическое влечение к азартным играм
- склонность к азартным играм при диссоциальном расстройстве личности (F60.2)

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 30 лет обратился к врачу-наркологу стационара в сопровождении матери

Жалобы

На неспособность удержаться от азартных игр, неустойчивое настроение, прерывистый сон

Анамнез заболевания

В период обучения в институте начал из интереса и желания быстро заработать делать виртуальные ставки на спорт в букмекерских конторах, играть в виртуальный покер. Получив первые «легкие» деньги, продолжил играть; в течение года «втянулся», стал испытывать труднопреодолимое влечение к азартным играм. В отсутствии денег и возможности играть начал испытывать тоску, становился подавленным, не мог отвлечься от мыслей об игре, пропадал интерес к повседневным занятиям. В надежде отыграться часто проигрывал всю зарплату. Ухудшились отношения с матерью и с другими членами семьи. Тем не менее, нечастые удачные ставки и выигрыши любого размера провоцировали стремление играть дальше. Приходилось занимать деньги у друзей, чем дальше – тем больше, брать ссуды в банках. К настоящему времени сумма денежного долга составляет более миллиона рублей.

Анамнез жизни

Наследственность неотягощена. Родился от здоровой беременности. Воспитывался в полной семье, брат-близнец и обе младшие сестры-близнецы здоровы. В раннем развитии не отставал от сверстников. Посещал детский сад, рос общительным (со слов матери, был «очень сообразительным и очень подвижным», «стремился быть первым»). Хорошо успевал в учебе, с удовольствием участвовал в общественной жизни школы, активно занимался соревновательными видами спорта, имел хорошие спортивные показатели. Получил специальность экономиста. До последнего времени успешно работал с родителями в их совместном предприятии; недавно, по настоянию отца, уволился. Не женат, проживает в родительской семье на иждивении у родителей.

Объективный статус

Соматический статус. Внешний вид соответствует возрасту, телосложение нормостеническое. АД 110/ 75 мм рт./ст. ЧСС 78 уд./мин. Неврологический статус. Нарушения чувствительной и двигательной сферы, а также очаговая симптоматика отсутствуют. Психический статус. Общий фон настроения снижен; эмоциональная лабильность проявляется при обсуждении семейных и финансовых проблем. Сидит в свободной позе, мимика и пантомимика живые; речь звучная с богатым словарным запасом; дистанцию в общении соблюдает. Расстройства восприятия не обнаруживаются, суицидальных мыслей не высказывает. Настроен на стационарное лечение, что мотивирует желанием

«изолироваться от соблазнов»; в присутствии матери высказывает чувство вины за своё поведение перед семьёй.

Предварительный диагноз наркологического расстройства устанавливается врачом психиатром-наркологом с момента поступления в течение

- 2-х суток
- 3-х суток
- первых суток
- первых 12 часов

Срок установления основного диагноза наркологического расстройства с момента поступления в стационар составляет

- 3-7 суток
- 12 часов
- 10 суток
- 2-е суток

Выявленные согласно клинко-анамнестическим данным нарушения относятся к такому блоку психических расстройств МКБ-10, как

- F63 Расстройства привычек и влечений
- F60 Специфические расстройства личности
- F62 Стойкие изменения личности, не связанные с повреждением или болезнью головного мозга
- F61 Смешанное и другие расстройства личности

Методом рутинной инструментальной диагностики для оценки соматического состояния пациента при поступлении в наркологический стационар является

- электроэнцефалография
- рентгенография всего черепа, в одной или более проекциях
- эхоэнцефалография
- регистрация электрокардиограммы

Лабораторными методами исследования крови для оценки соматического состояния пациента при поступлении в наркологический стационар являются общий (клинический) анализ крови развернутый и

- определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту C (Hepatitis C virus) в крови
- определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1)
- биохимический общетерапевтический

- определение антигена к вирусу гепатита В (HbsAg Hepatitis B virus) в крови

Шифром по МКБ-10 диагноза при поступлении, который целесообразно поставить в медицинской карте стационарного больного (форма 003/у) с целью обоснования лечебно-диагностических мероприятий, является

- определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту С (Hepatitis C virus) в крови
- определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1)
- биохимический общетерапевтический
- определение антигена к вирусу гепатита В (HbsAg Hepatitis B virus) в крови

Диагноз

К анамнестическим сведениям, позволяющим считать данный клинический случай игровой зависимостью в соответствии с критериями МКБ-10, относятся

- личностно-характерологические черты со стремлением к лидерству, отсутствие собственной семейной жизни, значительный денежный долг
- постоянное участие в азартных играх, неспособность их прекратить, долги, иждивенческий образ жизни
- характерологическая склонность к лидерству и соревновательности, неспособность погасить огромный денежный долг, материальная зависимость от родителей
- отсутствие собственных средств к существованию, дисфункциональные отношения в родительской семье, иждивенчество, отсутствие собственной семьи

К признаку, не позволяющему считать наблюдаемые проявления игровой зависимости обсессивно-компульсивным расстройством, относится

- наличие дисфункциональных семейных отношений в родительской семье
- желание получить материальную выгоду от игры в любой игровой ситуации
- приятное чувство ожидания выигрыша, несмотря на проигрыши
- стремление получить удовольствие от выигрыша

Основанием для принятия решения врачом о лечении в условиях стационара является

- наличие анамнестических сведений о неспособности отказаться от азартных игр, несмотря на проигрыши

- сочетание аффективной патологии в статусе с семейно-социальными проблемами
- сам факт обращение к врачу-наркологу бюджетного наркологического стационара
- присутствие на приеме у врача матери больного, высказывающей желание о госпитализации сына

Основанием для начала психофармакотерапии имеются в данном клиническом случае является

- сам факт обращения больного в наркологический стационар в сопровождении матери
- наличие когнитивно-поведенческих расстройств в анамнезе, соответствующих критериям МКБ-10 для установления диагноза: «F63.0 Патологическое влечение к азартным играм»
- наличие анамнестических сведений об игровой зависимости со слов пациента и его матери
- наличие психопатологических расстройств в статусе

«Первичную» патологическую игровую зависимость при отсутствии коморбидных психических расстройств, согласно МКБ-10, описывает диагноз

- склонность к азартным играм при диссоциальном расстройстве личности (F60.2)
- склонность к азартным играм и пари (Z72.6)
- пристрастие к азартным играм лиц с маниакальным эпизодом (F30.x)
- Патологическое влечение к азартным играм (F63.0)

Патологический гемблинг при отсутствии коморбидных психических расстройств, согласно МКБ-10, соответствует диагнозу

- склонность к азартным играм при диссоциальном расстройстве личности (F60.2)
- склонность к азартным играм и пари (Z72.6)
- пристрастие к азартным играм лиц с маниакальным эпизодом (F30.x)
- Патологическое влечение к азартным играм (F63.0)

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 38 лет обратился самостоятельно к врачу психиатру-наркологу

Жалобы

На неспособность сократить потребление табака

Анамнез заболевания

Курит с 19-летнего возраста; вначале «за компанию» с институтскими товарищами выкуривал 1-2 сигареты в день; затем в течение 1-2 лет «втянулся», суточное количество сигарет выросло до 5-8; иногда на студенческих вечеринках одновременно с употреблением спиртного мог дополнительно выкурить 3-4 сигареты, доведя их суточное количество до 8-10. В дальнейшем количество выкуренных сигарет практически не изменилось и осталось на уровне не более 10 штук в день. Первую сигарету выкуривает после завтрака, остальные, когда выдается возможность, – на рабочем месте. В общественных местах от курения воздерживается. В случае невозможности закурить, также способен отложить потребление табака («хочется, но могу терпеть»). Периоды относительно долгого отказа от сигарет длились не больше 2-3-х недель и были связаны с респираторными заболеваниями и неприятными ощущениями от табака. Поводом для обращения к врачу-наркологу послужило желание «вести здоровый образ жизни».

Анамнез жизни

Родители больного курят. Рос здоровым, со студенческих лет вёл активный образ жизни; занимался горным туризмом, сейчас регулярно ездит на велосипеде. Практически не болел. Работает инженером, женат, имеет двоих детей. Супруга больного его курение не одобряет («дурно влияет на детей»), из-за чего в семье нередки мелкие конфликты.

Объективный статус

Соматический статус. Нормостеник. Кожа обычной окраски, температура тела 36.4[^]0[^]. В легких дыхание везикулярное, без хрипов, АД 125/75 мм.рт.ст. Живот безболезненный, печень не увеличена. Неврологический статус. Поверхностная чувствительность, статика, координация не нарушены. Очаговой симптоматики нет. Психический статус. Выглядит опрятно; общается охотно, соблюдая дистанцию. Отвечает на вопросы по существу, откровенен; упрекает себя в слабости; настроен на лечение с целью полного отказа от курения.

К патопсихологическому исследованию, которое необходимо провести пациенту для постановки диагноза зависимости от табака, относится

- шкала тревоги Бека
- госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)
- шкала Гамильтона для оценки депрессии
- тест Фагерстрема

Инструментальным методом исследования, согласно Клиническим рекомендациям Минздрава России, рекомендованным проводить всем пациентам для диагностики зависимости от табака, является

- пневмотахометрия
- определение окиси углерода (CO) в выдыхаемом воздухе
- флюорография
- бронхоскопия

Лабораторным методом обследования, свидетельствующим об употреблении табака, является

- качественное и количественное определение карбогидрат-дефицитного трансферрина (CDT) в сыворотке крови методом капиллярного электрофореза
- исследование уровня гамма-глутамилтрансферазы в крови
- иммунохроматографический тест на Никотин/Котинин
- определение концентрации С-реактивного белка в сыворотке крови

Диагноз «синдром зависимости от табака», согласно критериям МКБ-10 для синдрома зависимости вследствие употребления психоактивных веществ, устанавливается при числе симптомов не менее + + на протяжении + + месяцев

- 7; 19
- 1; 12
- 3; 12
- 2; 18

Сведения анамнеза и объективного статуса пациента позволяют выставить диагноз

- 7; 19
- 1; 12
- 3; 12
- 2; 18

Диагноз

Степень никотиновой зависимости у пациента на основании 4 баллов по тесту Фагерстрема можно определить, как

- среднюю
- высокую

- очень слабую
- слабую

Жалобы пациента, согласно Клиническим рекомендациям Минздрава России, относятся к группе связанных с

- поведением
- наличием хронической бронхолегочной патологии
- проявлением никотиновой зависимости, связанной с ЦНС
- расстройствами эмоциональной сферы

При проведении никотинозаместительной терапии у данного больного рекомендуется назначение в среднем + + мг никотина в сутки

- 7
- 21
- 14
- 35

Реабилитационные медицинские мероприятия в данном клиническом случае

- требуется в объеме, ограниченном конкретными социальными условиями
- требуются в случае отказа больного от предписанного лечения
- не требуются
- требуются при недостаточной эффективности проводимой терапии

Тяжесть никотиновой зависимости по тесту Фагерстрема для назначения лекарственного лечения должна минимально равняться в баллах

- 3-4
- 6
- 5
- 0-2

Умеренной степени курения соответствует значение CO выдыхаемого воздуха + + ppm (parts per million)

- 31-35
- 6-10
- 11-20
- 21-30

Формула индекса курения (ИК) имеет следующий вид

- 31-35
- 6-10
- 11-20
- 21-30

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 43 лет обратилась за консультацией к врачу психиатру-наркологу в сопровождении сына

Жалобы

На неспособность отказаться от курения

Анамнез заболевания

Курит в течение почти 25 лет. В последние 2-3 года может выкурить в сутки более 2-х пачек сигарет. Курит в любой обстановке, утро начинает с чашки кофе и сигареты натощак. В продолжении последнего года начал беспокоить утренний кашель с вязкой мокротой, одышка при сравнительно небольшой физической нагрузке. Всегда следит за тем, чтобы дома был запас сигарет (1-2 блока), т.к. даже сама перспектива их отсутствия вызывает тревожное беспокойство. Неоднократно делала безуспешные попытки сократить количество выкуриваемых сигарет, однако не выдерживала более 1-й недели; становилась вспыльчивой, раздражительной, агрессивной, плохо спала. Около полугода назад обратилась в районную поликлинику по поводу кашля: был поставлен диагноз – J44 Другая хроническая обструктивная легочная болезнь.

Анамнез жизни

Наследственность психической и наркологической патологией не отягощена. Рост и развитие без особенностей. Работает бухгалтером в коммерческой фирме. Практически не болела. Замужем, имеет здорового 22-летнего сына.

Объективный статус

Соматический статус. Нормостеник. Кожа обычной окраски. Температура тела – 36,9⁰С. В легких жесткое (бронхиальное) дыхание, проводится во все отделы, выслушиваются единичные рассеянные сухие хрипы. В остальном по органам – норма. **_Неврологический статус_.** Поверхностная чувствительность, статика, координация не нарушены. Очаговой симптоматики нет. **_Психический статус_.** Все виды психической ориентировки сохранены. Внешне опрятна. В общении поначалу скована, напряжена («стыдно быть у нарколога»); освоившись дает достаточное количество анамнестических сведений. Не отрицает негативных последствий курения. Озабочена тем, что «стала слабее»,

что не может сократить курение, просит ей в этом помочь. В настоящий момент не отрицает сильное желание курить, просит ненадолго прервать общение и разрешить ей «быстро» покурить.

Патопсихологическим исследованием, согласно Клиническим рекомендациям Минздрава России, показанным для установления силы никотиновой зависимости, является

- шкала Гамильтона для оценки депрессии
- госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)
- тест Фагерстрема
- шкала тревоги Бека

Инструментальным методом исследования, согласно Клиническим рекомендациям Минздрава России, рекомендованным проводить всем пациентам для диагностики зависимости от табака, является

- рентенография
- определение окиси углерода в выдыхаемом воздухе
- пневмотахометрия
- бронхоскопия

Лабораторным методом, позволяющим установить факт употребления табака, является

- исследование уровня гамма-глутамилтрансферазы в крови
- качественное и количественное определение карбогидрат-дефицитного трансферрина (CDT) в сыворотке крови методом капиллярного электрофореза
- иммунохроматографический тест на Никотин/Котинин
- определение концентрации С-реактивного белка в сыворотке крови

Диагноз «синдром зависимости от табака», согласно критериям МКБ-10 для синдрома зависимости вследствие употребления психоактивных веществ, устанавливается при числе симптомов не менее + _____ + на протяжении + _____ + месяцев

- 1; 2
- 3; 16
- 7; 10
- 3; 12

Клинико-anamnestические сведения о курении соответствуют у данной пациентки диагнозу

- F17.3 Синдром отмены табака
- F17.99 Неуточненные психические расстройства, связанные с употреблением табака
- F17.1 Употребление табака с вредными последствиями
- F17.2 Синдром зависимости от табака

Степень никотиновой зависимости у пациентки в 8 баллов на основании теста Фагерстрема можно определить как

- слабую
- высокую
- очень высокую
- среднюю

Для оценки общего состояния больного в данной клинической ситуации целесообразна консультация такого специалиста, как

- врач-анестезиолог
- врач-терапевт
- врач-дерматовенеролог
- врач-невролог

Наиболее полно отразит клинико-терапевтическую ситуацию шифр диагноза заключительного клинического в медицинской карте больного в виде

- врач-анестезиолог
- врач-терапевт
- врач-дерматовенеролог
- врач-невролог

Диагноз

Тактика лечения в данной клинической ситуации, при высокой степени зависимости по тесту Фагерстрема, предполагает

- обязательную групповую психотерапию
- сочетание фармако- и психотерапии
- ежедневную рациональную психотерапию
- широкое применение нейролептиков-антипсихотиков

Лечебная тактика в данном случае предполагает назначение, в частности

- пролонгированных форм антипсихотических препаратов
- никотинозаместительной терапии

- антипсихотических препаратов
- антидепрессантов – селективных ингибиторов обратного захвата серотонина

При проведении никотинозаместительной терапии (НЗТ) у данного больного рекомендуется назначение в среднем + _____ + мг никотина в сутки

- 21
- 42
- 35
- 14

Формула индекса курения (ИК) имеет следующий вид

- 21
- 42
- 35
- 14

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 28 лет на приеме у психиатра-нарколога вместе с женой

Жалобы

Активных жалоб нет.

Анамнез заболевания

Сам пациент не видит проблем с собственным курением; говорит, что согласился на консультацию только ради «спокойствия супруги». Алкоголь, с его слов, употребляет умеренно, «по праздникам». Жена пациента, сообщает, что в последний год муж постоянно озабочен, находится в плохом настроении, «срывается на крик», часто предъявляет ей «необоснованные», «пустяковые» претензии в адрес порядка в доме и в целом стал вспыльчивым и раздражительным. Сам пациент сообщил, что сигареты его успокаивают; первую сигарету выкуривает сразу после пробуждения; ему трудно удержаться от курения на улице; за последний год может выкурить до 2 пачек «легких» сигарет в сутки, иногда прикуривая одну сигарету от другой; желание закурить, сопровождающееся общим беспокойством и сердцебиением, начал испытывать при любом волнении.

Анамнез жизни

Наследственность наркологической и психической патологией не отягощена.

Рост и развитие без особенностей. Имеет высшее экономическое образование; в настоящее время – частный предприниматель, в течение последнего года испытывает трудности в ведении бизнеса. В течение 4-х лет женат, имеет 3-х летнюю дочь. Практически не болел.

Объективный статус

Соматический статус. Нормостенического сложения. Кожа обычной окраски. Температура тела – 36,7⁰С. При физикальном обследовании со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Неврологический статус.

Поверхностная чувствительность сохранена, статика и координация не нарушены. Очаговой симптоматики нет. Психический статус. Внешне опрятен, охотно общается. Считает, что жена преувеличивает его проблемы с курением; называет их «надуманными», т.к. он непосредственного вреда от сигарет не ощущает, а его раздражительность связана с проблемами в ведении бизнеса. Вместе с тем, для «сохранения мира» в семье готов лечиться.

Лабораторным методом обследования, свидетельствующим об употреблении табака, является

- исследование уровня гамма-глутамилтрансферазы в крови
- качественное и количественное определение карбогидрат-дефицитного трансферрина (CDT) в сыворотке крови методом капиллярного электрофореза
- определение концентрации С-реактивного белка в сыворотке крови
- иммунохроматографический тест на Никотин/Котинин

Инструментальным методом исследования, согласно Клиническими рекомендациям Минздрава России, рекомендуемым для установления диагноза зависимости от табака всем пациентам, является

- рентгенография легких
- определение содержания окиси углерода в выдыхаемом воздухе
- пневмотахометрия
- бронхоскопия

Диагноз «синдром зависимости от табака», согласно критериям МКБ-10 для синдрома зависимости вследствие употребления психоактивных веществ, устанавливается при числе симптомов не менее + + на протяжении + + месяцев

- 1; 2
- 7; 9
- 3; 18
- 3; 12

Настоящая клиническая ситуация соответствует диагнозу

- 1; 2
- 7; 9
- 3; 18
- 3; 12

Диагноз

Синдром патологического влечения к табаку, со слов пациента, проявляется преимущественно в виде

- аффективных расстройств
- сенсорных нарушений
- вегетативного компонента
- идеаторных проявлений

Методом диагностики, согласно Клиническим рекомендациям Минздрава России, показанным для установления силы никотиновой зависимости, является

- электроэнцефалография
- шкала депрессии Бека
- тест Фагерстрема
- бронхоскопия

Степень никотиновой зависимости у пациента на основании теста Фагерстрема в 7 баллов можно определить, как

- слабую
- очень высокую
- сильную
- среднюю

Имеющиеся у пациента аффективные расстройства согласно критериям МКБ-10, относятся к разряду эмоциональных нарушений в виде

- F60.2 Диссоциального расстройства личности
- F20.0 Параноидной шизофрении
- F43.2 Расстройства приспособительных реакций
- F43.1 Посттравматического стрессового расстройства

Помимо лекарственного лечения, пациенту с зависимостью от табака показаны, согласно Клиническим рекомендация Минздрава России,

- дарсонвализация местная при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга
- воздействие электрическим полем ультравысокой частоты (ЭП УВЧ)
- консультирование и поведенческая терапия
- электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга

При проведении никотинозаместительной терапии (НЗТ) у данного больного рекомендуется назначение в среднем + + мг никотина в сутки

- 21
- 35
- 7
- 14

Легкой степени курения соответствует концентрация СО выдыхаемого воздуха + + ppm (parts per million)

- 21-30
- 11-20
- 31-35
- 6-10

Для применения лекарственного лечения степень никотиновой зависимости по тесту Фагерстрема должна минимально равняться в баллах

- 21-30
- 11-20
- 31-35
- 6-10

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 27 лет обратилась за консультацией к врачу психиатру-наркологу в сопровождении мужа.

Жалобы

На неспособность отказаться от курения

Анамнез заболевания

Наследственность наркологическими и психическими заболеваниями не отягощена. Курит с 16 лет; к настоящему времени в течение 3-х лет – по две

пачки сигарет в день. Около 2-х лет назад появился утренний кашель, тогда же был диагностирован (согласно представленной выписке) хронический бронхит курильщика. Первую сигарету выкуривает сразу же после пробуждения. При невозможности закурить становится беспокойной, раздражительной, вспыльчивой. Делала несколько безуспешных попыток уменьшить число выкуриваемых сигарет, что дополнительно к плохому настроению добавляло бессонницу. Муж больной настоял на обращении к врачу.

Анамнез жизни

Рост и развитие без особенностей. Воспитывалась в состоятельной семье частного предпринимателя. Получила высшее образование, но не работает, т.к. после замужества в 20 лет стала домохозяйкой; мать двоих детей, в воспитании которых участвует «помощница по хозяйству».

Объективный статус

Соматический статус. Нормостеник. Кожа обычной окраски. Температура тела – 36,2⁰С. В легких жесткое дыхание, проводится во всех отделах, единичные сухие хрипы. В остальном – норма. Неврологический статус. Поверхностная чувствительность, статика, координация не нарушены. Очаговой симптоматики нет. Психический статус. Все виды психической ориентировки сохранены. Внешне опрятна, общается свободно, но часто ссылается на мужа, «заставившего» её обратиться к врачу. Вместе с тем не отрицает негативных последствий курения. Жалуется, что не может сократить курение, просит ей в этом помочь. В настоящий момент не испытывает желание курить.

Патопсихологическим исследованием, показанным для установления силы никотиновой зависимости, согласно Клиническим рекомендациям Минздрава России, является

- шкала тревоги Бека
- тест Фагерстрема
- шкала Гамильтона для оценки депрессии
- госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)

Инструментальным методом исследования, согласно Клиническим рекомендациям Минздрава России, рекомендованным всем пациентам для диагностики зависимости от табака, является

- пневмотахометрия
- флюорография
- определение окиси углерода в выдыхаемом воздухе
- бронхоскопия

Лабораторным методом, позволяющим установить факт употребления табака, является

- качественное и количественное определение карбогидрат-дефицитного трансферрина (CDT) в сыворотке крови методом капиллярного электрофореза
- исследование уровня гамма-глутамилтрансферазы в крови
- определение концентрации С-реактивного белка в сыворотке крови
- иммунохроматографический тест на Никотин/Котинин

Диагноз «синдром зависимости от табака», согласно критериям МКБ-10 для синдрома зависимости вследствие употребления психоактивных веществ, устанавливается при числе симптомов не менее + + на протяжении + + месяцев

- 3; 12
- 7; 10
- 1; 2
- 3; 18

Клинико-анамнестические сведения о курении у данной пациентки соответствуют диагнозу

- F17.1 Употребление табака с вредными последствиями
- F17.99 Неуточненные психические расстройства, связанные с употреблением табака
- F17.2 Синдром зависимости от табака
- F17.3 Синдром отмены табака

Степень никотиновой зависимости у пациентки на основании результатов теста Фагерстрема в 8 баллов можно определить как

- слабую
- среднюю
- высокую
- очень слабую

В данной клинической ситуации для диагностики сопутствующих заболеваний важен результат осмотра врача-специалиста

- слабую
- среднюю
- высокую
- очень слабую

Результаты осмотра

Наиболее полно отразит клинико-терапевтическую ситуацию шифр диагноза заключительного клинического в виде

- слабую
- среднюю
- высокую
- очень слабую

Диагноз

Лечебная тактика в данном случае предполагает назначение, в частности

- пролонгированных форм антипсихотических препаратов
- никотинозаместительной терапии
- антипсихотических препаратов
- антидепрессантов, преимущественно селективных ингибиторов обратного захвата серотонина

Тактика лечения в данной клинической ситуации, при высокой степени зависимости по тесту Фагерстрема, предполагает

- ежедневную рациональную психотерапию
- сочетание фармако- и психотерапии
- применение нейролетиков-антипсихотиков
- обязательную групповую психотерапию

При проведении никотинозаместительной терапии (НЗТ) у данного больного рекомендуется назначение в среднем + + мг никотина в сутки

- 35
- 21
- 14
- 7

Легкой степени курения соответствует концентрация СО выдыхаемого воздуха + + ppm (parts per million)

- 35
- 21
- 14
- 7

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 61 года находится в травматологическом отделении, психиатр вызван по инициативе дежурного врача-травматолога

Жалобы

Активно медицинских жалоб не высказывает

Анамнез заболевания

Госпитализировался в травматологическое отделение по поводу перелома правой лучевой кости, накануне. Пациент упал около дома. Со слов дежурного медперсонала, в первые сутки произведена иммобилизация конечности лангетно-циркулярной гипсовой повязкой. Оставлен в клинике для дальнейшего наблюдения. Пациент первые сутки вел себя спокойно, однако ночь практически не спал, говорил, что «что-то тревожно». Весь следующий день напряжен, тревожен, неусидчив. К вечеру следующих суток, стал растерянным, «неадекватным»; говорил, что находится на вокзале, и ему надо ехать домой. Пытался уйти из отделения, требовал выдать его вещи. При отказе, кричал, что его ждут в Казани, что будет жаловаться в министерство путей сообщения. На разъяснения, что он находится в больнице и на уговоры успокоиться не реагировал. Из анамнеза известно, что пациент на протяжении более 30 лет злоупотребляет спиртными напитками. Последние 15-20 лет пьет запоями по 20-25 дней, со светлыми промежутками до 3-4 месяцев. Пьет крепкие спиртные напитки (водку, коньяк до 1 – 1,2 литров в сутки). Около года назад отмечался судорожный припадок на фоне абстиненции, а три года назад перенес алкогольный делирий. Последний запой около 4-х недель, последний прием спиртного накануне настоящей госпитализации

Анамнез жизни

* Из родственников никто к психиатрам не обращался. * Курит до 2-х пачек сигарет в сутки. * Служил в рядах СА. * В анамнезе ЧМТ (с потерей сознания) - ДТП, около десяти лет назад. * Женат, есть дочь и сын; живет с женой. * Работает в РЖД, путейцем.

Объективный статус

* Возбужден, агрессивен. Дезориентирован в месте, времени (считает, что находится на вокзале и сейчас сентябрь (на момент осмотра – февраль)). Уверен, что находится на вокзале, «но не понимаю на каком». Постоянно оглядывается, прислушивается. Говорит, что уже несколько дней не может уехать к брату в Казань, что его заперли на вокзале и не отпускают. На контакт с врачами идет крайне неохотно. Говорит, «неужели вы не видите, что мне надо

ехать». При предъявлении врачом чистого листа бумаги, говорит, что это его билет, где написан номер поезда и место. Через некоторое время истощается. После долгих уговоров, соглашается, хоть и с неохотой, «пройти в комнату ожидания» (в палату); в палате пытается взять подушку за мнимую ручку, говорит, что это его чемодан. * По данным медицинской документации, тяжелой соматической и хирургической патологии на момент осмотра у данного больного не выявлено. Больной не нуждается в постоянном наблюдении со стороны травматолога.

Психиатрическое освидетельствование данного больного проводится

- при наличии письменного согласия близкого родственника
- даже при отсутствии письменного согласия пациента
- только при наличии судебного решения
- только при наличии письменного согласия пациента

Для дальнейшего лечения данного пациента следует

- оставить в травматологическом отделении и выполнять назначения психиатра
- направить в психосоматическое отделение многопрофильной больницы
- госпитализировать в психиатрический стационар
- направить в психоневрологический диспансер по месту жительства

Для дальнейшего обследования и лечения в психиатрическом (наркологическом) стационаре необходимо провести (или взять из травматологического отделения)

- оставить в травматологическом отделении и выполнять назначения психиатра
- направить в психосоматическое отделение многопрофильной больницы
- госпитализировать в психиатрический стационар
- направить в психоневрологический диспансер по месту жительства

Результаты обследования

У данного пациента определяется симптом

- Рейтера
- Альфельда
- Рейхардта
- Ровзинга

У больного имеются симптомы психического расстройства, в том числе

- бред, агитация, галлюцинации
- псевдогаллюцинации, фобии, навязчивые идеи
- конверсионные симптомы, псевдогаллюцинации, истерическое возбуждение
- амбивалентность, аутизм, нецеленаправленность мышления

Поведение больного в первую очередь определяется тяжелым

+ синдромом

- делириозным
- паранойяльным
- сенестопатическим
- корсаковским

В соответствии с критериями МКБ-10 больному следует выставить диагноз

- делириозным
- паранойяльным
- сенестопатическим
- корсаковским

Диагноз

На длительное употребление алкоголя указывает повышение

- Creatinine – креатинина
- WBC (white blood cell) - лейкоцитов
- эозинофилов (Эозинофильных гранулоцитов)
- MCV (mean corpuscular volume) – средний объем эритроцитов

Для купирования острого психотического состояния, данному больному, в первую очередь, показано назначение

- ноотропных препаратов и психостимуляторов
- нейролептиков и транквилизаторов
- антидепрессантов и антиконвульсантов
- тимостабилизаторов и витаминов группы В

Есть основания назначить больному

- галоперидол и диазепам
- тетурам и тиамин
- пирацетам и сонапакс
- амитриптилин и финлепсин

В настоящее время принято выделять несколько алкогольных (металкогольных) психозов, в том числе

- алкогольный галлюциноз
- металкогольный парафренный синдром
- алкогольный палимпсест
- алкогольная гебефрения

+ _____ + является последствием алкогольного делирия

- алкогольный галлюциноз
- металкогольный парафренный синдром
- алкогольный палимпсест
- алкогольная гебефрения

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Учащаяся колледжа сферы услуг Ж.И., 17-ти лет. Участвует в процедуре социально-психологического тестирования и профилактического медицинского осмотра в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ.

Жалобы

Жалоб не предъявляет. В процедуре социально-психологического тестирования и профилактического медицинского осмотра участвует повторно. Два года назад принимала участие в социально-психологическом тестировании и профилактическом медицинском осмотре, когда училась в 9-ом классе средней общеобразовательной школы №341

Анамнез заболевания

Соматически здорова

Анамнез жизни

Росла и развивалась по возрасту. Перенесла детские инфекции. Привита по возрасту

Объективный статус

Девушка контакту доступна, ориентирована верно. Общительна, разговорчива. Эмоциональный фон приподнятый. Жестикуляция и мимика активные. Подтверждает факт курения табачных изделий, изредка – употребление алкоголя. Употребление наркотических и психотропных веществ отрицает. В

легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Необходимым условием для проведения социально-психологического тестирования является наличие информированного согласия

- классного руководителя или иного представителя образовательного учреждения в письменной форме
- родителей учащейся Ж.И. в письменной форме
- учащейся Ж.И. в устной форме
- учащейся Ж.И. в письменной форме

Для проведения тестирования руководитель образовательной организации, проводящий тестирование, обеспечивает

- соблюдение анонимности при проведении тестирования
- передачу результатов социально-психологического тестирования родителям учащейся Ж.И. или ее официальным опекунам
- соблюдение конфиденциальности при проведении тестирования
- передачу результатов социально-психологического тестирования учащейся Ж.И. ее классному руководителю

По итогам обработки и анализа результатов социально-психологического тестирования, проведенного в колледже сферы услуг, в группе учащихся старше пятнадцати лет были выявлены высокие риски немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ. В качестве дальнейшей меры осуществляется

- хранение результатов социально-психологического тестирования Ж.И. и других обучающихся в течение одного года в условиях, гарантирующих конфиденциальность и невозможность несанкционированного доступа к ним, до следующего ежегодного обследования учащихся колледжа сферы услуг
- передача результатов социально-психологического тестирования учащейся Ж.И. ее родителям или законным опекунам для информирования их о выявленных рисках наркотизации
- участие Ж.И. и других обучающихся в профилактических медицинских осмотрах
- передача результатов социально-психологического тестирования учащейся Ж.И. с соблюдением принципа анонимности в районный наркологический диспансер для проведения медицинского осмотра учащейся врачом-психиатром-наркологом с целью раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ

Учащиеся колледжа сферы услуг направляются в медицинскую организацию, имеющую лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (оказание услуг) по

- терапии
- психиатрии-наркологии
- диспансерному наблюдению
- профилактическим медицинским осмотрам

Необходимым условием для проведения профилактических медицинских осмотров обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организациях высшего образования в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ является наличие информированного согласия

- учащейся Ж.И. в устной форме
- учащейся Ж.И. в письменной форме
- родителей учащейся Ж.И. в письменной форме
- классного руководителя или иного представителя образовательного учреждения в письменной форме

Проведение первого этапа профилактического медицинского осмотра обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организациях высшего образования в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, включает в себя

- учащейся Ж.И. в устной форме
- учащейся Ж.И. в письменной форме
- родителей учащейся Ж.И. в письменной форме
- классного руководителя или иного представителя образовательного учреждения в письменной форме

Проведение второго этапа профилактического медицинского осмотра Ж.И. включает в себя

- учащейся Ж.И. в устной форме
- учащейся Ж.И. в письменной форме
- родителей учащейся Ж.И. в письменной форме
- классного руководителя или иного представителя образовательного учреждения в письменной форме

**Профилактический медицинский осмотр учащейся Ж.И. считается
завершенным после**

- получения положительного результата подтверждающих химико-токсикологических исследований, направленных на идентификацию в образцах биологических жидкостей человека наркотических средств, психотропных и иных токсических веществ (их метаболитов)
- проведения всех четырех этапов, включающих профилактическую информационно-разъяснительную беседу и сбор анамнестических сведений, предварительных и подтверждающих химико-токсикологических исследований, разъяснения результатов проведенного профилактического осмотра
- получения положительного результата предварительных химико-токсикологических исследований, проведенных с использованием методов иммуноферментного или иммунохимического анализа, исключающих визуальную оценку результатов
- проведения профилактической информационно-разъяснительной беседы с обучающимся по вопросам незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, сбора анамнестических сведений и сведений о принимаемых по назначению врача наркотических и психотропных лекарственных препаратах, а также медицинского осмотра, проводимого врачом - психиатром-наркологом

Дальнейшие действия врача-психиатра-нарколога заключаются в

- установлении учащейся Ж.И. диагноза в соответствии с критериями действующей Международной классификации болезней
- постановке учащейся Ж.И. на диспансерное наблюдение
- информировании родителей или законных представителей учащейся Ж.И. о результатах проведенного профилактического медицинского осмотра в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ
- разъяснении результатов проведенного профилактического осмотра и в направлении учащейся Ж.И. в специализированную медицинскую организацию или ее структурное подразделение, оказывающую наркологическую помощь

**В наркологическом диспансере по месту жительства, куда обратилась
учащаяся Ж.И., после подписания ею добровольного информированного
согласия, врачом-психиатром-наркологом проводится**

- шкальная оценка психического и соматического статуса пациента с установлением или уточнением диагноза заболевания (состояния), назначением необходимого лечения, проведением краткого

профилактического консультирования. + направление на консультацию к иным врачам-специалистам

- профилактический осмотр пациента: + с оценкой состояния пациента, сбором жалоб и анамнеза, физикальное обследование, назначение и оценка лабораторных и инструментальных исследований; + проведением краткого профилактического консультирования
- психопатологическое обследование или тестологическое психодиагностическое обследование и психологическое консультирование: + с оценкой эмоционально-волевых характеристик личности; + с проведением исследования психических процессов (внимания, памяти, мышления); + с изучением когнитивных функций
- медицинский осмотр: + с оценкой состояния пациента, сбором жалоб и анамнеза, физикальное обследование, назначение и оценка лабораторных и инструментальных исследований; + установлением или уточнением диагноза заболевания (состояния); + назначением необходимого лечения; + проведением краткого профилактического консультирования. + направление на консультацию к врачу-психотерапевту, медицинскому психологу в целях диагностики, организации психотерапевтической (психокоррекционной) работы, направленной на формирование приверженности к ведению здорового образа жизни

Согласно критериям действующей Международной классификации болезней, учащейся Ж.И. может быть поставлен диагноз

- шкальная оценка психического и соматического статуса пациента с установлением или уточнением диагноза заболевания (состояния), назначением необходимого лечения, проведением краткого профилактического консультирования. + направление на консультацию к иным врачам-специалистам
- профилактический осмотр пациента: + с оценкой состояния пациента, сбором жалоб и анамнеза, физикальное обследование, назначение и оценка лабораторных и инструментальных исследований; + проведением краткого профилактического консультирования
- психопатологическое обследование или тестологическое психодиагностическое обследование и психологическое консультирование: + с оценкой эмоционально-волевых характеристик личности; + с проведением исследования психических процессов (внимания, памяти, мышления); + с изучением когнитивных функций
- медицинский осмотр: + с оценкой состояния пациента, сбором жалоб и анамнеза, физикальное обследование, назначение и оценка лабораторных и инструментальных исследований; + установлением или уточнением диагноза заболевания (состояния); + назначением необходимого лечения; + проведением краткого профилактического

консультирования. + направление на консультацию к врачу-психотерапевту, медицинскому психологу в целях диагностики, организации психотерапевтической (психокоррекционной) работы, направленной на формирование приверженности к ведению здорового образа жизни

Диагноз

Тактика ведения данного пациента включает

- шкальная оценка психического и соматического статуса пациента с установлением или уточнением диагноза заболевания (состояния), назначением необходимого лечения, проведением краткого профилактического консультирования. + направление на консультацию к иным врачам-специалистам
- профилактический осмотр пациента: + с оценкой состояния пациента, сбором жалоб и анамнеза, физикальное обследование, назначение и оценка лабораторных и инструментальных исследований; + проведением краткого профилактического консультирования
- психопатологическое обследование или тестологическое психодиагностическое обследование и психологическое консультирование: + с оценкой эмоционально-волевых характеристик личности; + с проведением исследования психических процессов (внимания, памяти, мышления); + с изучением когнитивных функций
- медицинский осмотр: + с оценкой состояния пациента, сбором жалоб и анамнеза, физикальное обследование, назначение и оценка лабораторных и инструментальных исследований; + установлением или уточнением диагноза заболевания (состояния); + назначением необходимого лечения; + проведением краткого профилактического консультирования. + направление на консультацию к врачу-психотерапевту, медицинскому психологу в целях диагностики, организации психотерапевтической (психокоррекционной) работы, направленной на формирование приверженности к ведению здорового образа жизни

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Молодой человек А.С., 15-ти лет. Участвует в процедуре социально-психологического тестирования и профилактического медицинского осмотра в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ

Жалобы

Жалоб не предъявляет. В процедуре социально-психологического тестирования и профилактического медицинского осмотра участвует впервые

Анамнез заболевания

Соматически здоров

Анамнез жизни

Рос и развивался по возрасту. Переболел ветрянкой в возрасте 4-х лет. В 7 лет и 3 месяца поступил в образовательное учреждение. На данный момент учится в 9-ом классесредней общеобразовательной школы №27. Успеваемость удовлетворительная. После окончания девяти классов средней школы хочет поступать в колледж сферы услуг по направлению «туризм».

Объективный статус

Молодой человек контакту доступен, ориентирован верно. На вопросы отвечает по существу. Курение, употребление алкоголя, наркотических и психотропных веществ отрицает. В беседе крайне формален. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Необходимым условием для проведения социально-психологического тестирования является наличие информированного согласия

- учащегося А.С. в устной форме
- учащегося А.С. в письменной форме
- родителей учащегося А.С. в письменной форме
- классного руководителя или иного представителя образовательного учреждения в письменной форме

Для проведения тестирования руководитель образовательной организации, проводящей тестирование

- обеспечивает соблюдение анонимности при проведении тестирования
- обеспечивает передачу результатов социально-психологического тестирования родителям учащегося А.С. или его официальным опекунам
- утверждает поименные списки обучающихся
- организует передачу результатов социально-психологического тестирования учащегося А.С. классному руководителю

По итогам обработки и анализа результатов социально-психологического тестирования, проведенного в средней общеобразовательной школе №27, в группе учащихся старше пятнадцати лет были выявлены высокие риски

немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ. В качестве дальнейшей меры осуществляется

- участие А.С. и других обучающихся в профилактических медицинских осмотрах
- передача результатов социально-психологического тестирования учащейся А.С. с соблюдением принципа анонимности в районный наркологический диспансер для проведения медицинского осмотра учащейся врачом-психиатром-наркологом с целью раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ
- передача результатов социально-психологического тестирования учащегося А.С. его родителям или законным опекунам для информирования их о выявленных рисках наркотизации
- хранение результатов социально-психологического тестирования А.С. и других обучающихся в течение одного года в условиях, гарантирующих конфиденциальность и невозможность несанкционированного доступа к ним, до следующего ежегодного обследования учащихся колледжа сферы услуг

Учащиеся школы №27 направляются в медицинскую организацию, имеющую лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (оказание услуг) по

- профилактическим медицинским осмотрам
- диспансерному наблюдению
- психиатрии-наркологии
- терапии

Необходимыми условием для участия А.С. в профилактических медицинских осмотрах обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организациях высшего образования в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ является наличие информированного согласия

- учащегося А.С. в письменной форме
- родителей учащегося А.С. в письменной форме
- учащегося А.С. в устной форме
- классного руководителя или иного представителя образовательного учреждения в письменной форме

Проведение первого этапа профилактического медицинского осмотра обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организациях

высшего образования в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, включает в себя

- учащегося А.С. в письменной форме
- родителей учащегося А.С. в письменной форме
- учащегося А.С. в устной форме
- классного руководителя или иного представителя образовательного учреждения в письменной форме

Проведение второго этапа профилактического медицинского осмотра обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организациях высшего образования в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, включает в себя

- учащегося А.С. в письменной форме
- родителей учащегося А.С. в письменной форме
- учащегося А.С. в устной форме
- классного руководителя или иного представителя образовательного учреждения в письменной форме

Профилактический медицинский осмотр учащегося А.С. считается завершенным после

- проведения профилактической информационно-разъяснительной беседы с учащимся А.С. по вопросам незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, сбора анамнестических сведений и сведений о принимаемых по назначению врача наркотических и психотропных лекарственных препаратах, а также медицинского осмотра, проводимого врачом-психиатром-наркологом
- проведения всех четырех этапов, включающих профилактическую информационно-разъяснительную беседу и сбор анамнестических сведений, предварительных и подтверждающих химико-токсикологических исследований, разъяснения результатов проведенного профилактического осмотра
- получения положительного результата предварительных химико-токсикологических исследований, проведенных с использованием методов иммуноферментного или иммунохимического анализа, исключающих визуальную оценку результатов
- получения положительного результата подтверждающих химико-токсикологических исследований, направленных на идентификацию в образцах биологических жидкостей человека наркотических средств, психотропных и иных токсических веществ (их метаболитов)

По результатам проведения профилактического медицинского осмотра учащегося А.С. и полученных положительных результатов в ходе проведения предварительных и подтверждающих химико-токсикологический исследований биологических жидкостей учащегося А.С. действия врача-психиатра-нарколога заключаются в

- постановке учащегося А.С. на диспансерное наблюдение
- разъяснении результатов проведенного профилактического осмотра и в направлении обучающегося А.С. в специализированную медицинскую организацию или ее структурное подразделение, оказывающую наркологическую помощь
- информировании родителей или законных представителей учащегося А.С. о результатах проведенного профилактического медицинского осмотра в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ
- установлении учащемуся А.С. диагноза в соответствии с критериями действующей Международной классификации болезней

В наркологическом диспансере по месту жительства, куда обратился обучающийся А.С., после подписания им добровольного информированного согласия, врачом-психиатром-наркологом по работе с детским населением проводится

- медицинский осмотр: + с оценкой состояния пациента, сбором жалоб и анамнеза, физикальное обследование, назначение и оценка лабораторных и инструментальных исследований; + установлением или уточнением диагноза заболевания (состояния); + назначением необходимого лечения; + проведением краткого профилактического консультирования. + направление на консультацию к врачу-психотерапевту, медицинскому психологу в целях диагностики, организации психотерапевтической (психокоррекционной) работы, направленной на формирование приверженности к ведению здорового образа жизни
- шкальная оценка психического и соматического статуса пациента с установлением или уточнением диагноза заболевания (состояния), назначением необходимого лечения, проведением краткого профилактического консультирования. + направление на консультацию к иным врачам-специалистам
- психопатологическое обследование или тестологическое психодиагностическое обследование и психологическое консультирование: + с оценкой эмоционально-волевых характеристик личности; + с проведением исследования психических процессов (внимания, памяти, мышления); + с изучением когнитивных функций

- профилактический осмотр пациента: + с оценкой состояния пациента, сбором жалоб и анамнеза, физикальное обследование, назначение и оценка лабораторных и инструментальных исследований; + проведением краткого профилактического консультирования

Опираясь на критерии действующей Международной классификации болезней десятого пересмотра, учащемуся А.С. следует поставить диагноз

- медицинский осмотр: + с оценкой состояния пациента, сбором жалоб и анамнеза, физикальное обследование, назначение и оценка лабораторных и инструментальных исследований; + установлением или уточнением диагноза заболевания (состояния); + назначением необходимого лечения; + проведением краткого профилактического консультирования. + направление на консультацию к врачу-психотерапевту, медицинскому психологу в целях диагностики, организации психотерапевтической (психокоррекционной) работы, направленной на формирование приверженности к ведению здорового образа жизни
- шкальная оценка психического и соматического статуса пациента с установлением или уточнением диагноза заболевания (состояния), назначением необходимого лечения, проведением краткого профилактического консультирования. + направление на консультацию к иным врачам-специалистам
- психопатологическое обследование или тестологическое психодиагностическое обследование и психологическое консультирование: + с оценкой эмоционально-волевых характеристик личности; + с проведением исследования психических процессов (внимания, памяти, мышления); + с изучением когнитивных функций
- профилактический осмотр пациента: + с оценкой состояния пациента, сбором жалоб и анамнеза, физикальное обследование, назначение и оценка лабораторных и инструментальных исследований; + проведением краткого профилактического консультирования

Диагноз

Тактика ведения данного пациента включает

- медицинский осмотр: + с оценкой состояния пациента, сбором жалоб и анамнеза, физикальное обследование, назначение и оценка лабораторных и инструментальных исследований; + установлением или уточнением диагноза заболевания (состояния); + назначением необходимого лечения; + проведением краткого профилактического консультирования. + направление на консультацию к врачу-психотерапевту, медицинскому психологу в целях диагностики,

организации психотерапевтической (психокоррекционной) работы, направленной на формирование приверженности к ведению здорового образа жизни

- шкальная оценка психического и соматического статуса пациента с установлением или уточнением диагноза заболевания (состояния), назначением необходимого лечения, проведением краткого профилактического консультирования. + направление на консультацию к иным врачам-специалистам
- психопатологическое обследование или тестологическое психодиагностическое обследование и психологическое консультирование: + с оценкой эмоционально-волевых характеристик личности; + с проведением исследования психических процессов (внимания, памяти, мышления); + с изучением когнитивных функций
- профилактический осмотр пациента: + с оценкой состояния пациента, сбором жалоб и анамнеза, физикальное обследование, назначение и оценка лабораторных и инструментальных исследований; + проведением краткого профилактического консультирования

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 36 лет обратилась к врачу психиатру-наркологу для госпитализации в стационар, на прием пришел с женой.

Жалобы

На разбитость, сниженное настроение тягу к приему алкоголя, плохой сон.

Анамнез заболевания

В первый раз пробовал спиртные напитки на первом курсе института. Вначале пил легкие вина, пиво в компаниях друзей, затем перешел на употребление крепких спиртных напитков: пил водку, коньяк. Со слов больного, в то время употреблял алкоголь как «все молодые люди» «по праздникам, в компаниях друзей», выпивал до 150 мл водки в сутки, один-два раза в месяц.

Употребление спиртного никак не отражалось на посещении института и успеваемости. На 4 курсе женился на сокурснице, через год родился ребенок. Постепенно отношения в семье испортились, стали возникать частые конфликты из-за пустяков. Стал пить чаще и в больших количествах. Постепенно сформировался похмельный синдром с головной болью, снижением настроения, тошнотой. Начал пить запоями по 4-6 дней, со светлыми промежутками до 2-х месяцев. В то время выпивал до 500 мл водки в сутки. Стали возникать проблемы на работе, часто приходил на работу в алкогольном опьянении, стал употреблять алкоголь даже во время работы. Отмечал амнезию

периода опьянения. Изменился по характеру: стал злобным, злопамятным, временами становился агрессивным по отношению к родственникам. Около четырех лет, после «большого конфликта с женой», самостоятельно, без лечения прекратил употребление алкоголя, не пил около года. Однако, в дальнейшем возобновил прием спиртного, сразу же стал пить запоями по 10-12 дней. В начале 2018 года по настоянию родственников лечился от алкоголизма амбулаторно. Через 3 месяца вновь возобновил прием алкоголя. Последнее время больной пьет запоями по 10-12 дней. Выпивает до 700 мл водки в сутки. Пьет в основном водку, часто чередует употребление водки и пива. Несколько раз в течении последнего года, амбулаторно на дому получал внутривенные вливания.

Анамнез жизни

* Мать в возрасте 55 лет от онкологического заболевания, спиртное не употребляла. * Отец погиб в возрасте 60 лет в ДТП, выпивал «в меру». * Не курит. * Из перенесенных заболеваний: детские инфекции; в 23 года перелом тазовых костей (ДТП). * Женат. * Работает юристом (частная практика).

Объективный статус

Больной медленной походкой заходит в кабинет для беседы. Сидит в однообразной позе, опустив голову и положив руки на колени. Голос тихий, ясный. Выражение лица несколько печальное, озабоченное. На задаваемые вопросы отвечает правильно, но односложно, часто перед ответом некоторое время молчит, объясняя это обдумыванием ответа. С чувством стеснения рассказывает о своей страсти к алкоголю, в разговоре неоднократно упоминает слово болезнь. Сообщает, что регулярно употребляет алкоголь более 15 лет, однако чувство непреодолимого желания в его приеме возникло около 10 лет назад. Тогда же, с его слов, злоупотребление стало носить запойный характер с продолжительностью запоев до 7 дней и светлыми промежутками до 2-3 месяцев. В настоящее время продолжительность запоев увеличилась до 12 дней. Когда речь заходит о спиртных напитках, оживляется, начинает жестиковать, с интересом рассказывает об алкогольных эксцессах, о любимых сортах спиртных напитков. Говорит, что и сейчас бы выпил. Фон настроения несколько снижен. Все виды ориентировки сохранены. Острой психотической симптоматики на момент осмотра не выявлено. Память на отдельные события и даты, внимание снижено. Суицидальные мысли отрицает. Последнее употребление алкоголя за 10 дней до настоящего обращения

Госпитализация больного в стационар наркологического (психиатрического) профиля осуществляется

- только при наличии письменного информированного добровольного согласия пациента
- только при наличии судебного решения
- при наличии устного добровольного согласия пациента
- при наличии письменного согласия жены

Для дальнейшего обследования и лечения в психиатрическом (наркологическом) стационаре необходимо провести

- только при наличии письменного информированного добровольного согласия пациента
- только при наличии судебного решения
- при наличии устного добровольного согласия пациента
- при наличии письменного согласия жены

Результаты обследования

На момент осмотра, ведущим синдромом является

- абстинентный
- амнестический
- алкогольная деградация
- патологическое влечение к алкоголю

В соответствии с критериями МКБ-10 больному следует выставить диагноз

- абстинентный
- амнестический
- алкогольная деградация
- патологическое влечение к алкоголю

Диагноз

В данном случае определяется + _____ + стадия алкоголизма

- I
- II
- III
- IV

С большой долей вероятности можно говорить, что у данного пациента наблюдается + _____ + темп прогрессивности алкоголизма

- средний
- высокий

- низкий
- очень высокий

Повышение + _____ + крови указывает на длительное употребление алкоголя

- MCV (mean corpuscular volume) – средний объем эритроцитов
- WBC (white blood cell) - лейкоциты
- креатинина
- эозинофилов

В данном случае злоупотребление алкоголем протекает (форма злоупотребления)

- по типу постоянного пьянства на фоне высокой толерантности
- по типу истинных запоев
- с преобладанием однодневных эксцессов
- по типу псевдозапоев

Сенсибилизирующими средствами при лечении алкогольной зависимости являются

- дисульфирам, цианамид
- варениклин, цитизин
- налтрексон, налтрексон+ триамцинолон (продетоксон)
- апоморфин, эметин

Для поддержания ремиссии, пациенту целесообразно назначить

- хлорпромазин
- сульфозин
- налтрексон
- бромокриптин

Средняя суточная доза налтрексона составляет + _____ + мг

- 100
- 25
- 50
- 150

Осложнением алкоголизма является

- 100
- 25

- 50
- 150

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Врач консультант психиатр-нарколог вызван в инфекционное отделение, в связи с госпитализацией туда больного, употребляющего героин

Жалобы

На сниженное настроение, плохой сон, тягу к приему героина, тревогу, плохой аппетит

Анамнез заболевания

Мужчина 28 лет С 17 лет употребляет психоактивные вещества. Вначале употреблял марихуану, а через два года, когда больному было 19 лет, впервые попробовал героин. Вначале интраназально, в дальнейшем внутривенно. После употребления испытывал «приятное ощущения», было «легко», «пропали все проблемы». По словам больного, тяги к наркотикам на тот момент не испытывал и принимал героин время от времени, когда был наркотик. Закончил институт, устроился работать, женился. В 22 года после ряда конфликтов с женой расстался с ней. Расставание перенес, со слов больного, не очень тяжело. Решил начать новую жизнь, вернулся жить к себе в район, где «абсолютно случайно попал в коллектив, где многие употребляли героин» и чтобы поднять настроение, да и от «нечего делать» возобновил прием героина. Сразу же стал принимать в/в, очень быстро перешел на систематическое употребление. Средняя доза – 0,5 - 1 гр героина. Сформировался абстинентный синдром с болями в мышцах, суставах, бессонницей, тревогой. Со слов пациента, когда не мог достать героин - абстинентный синдром снимал кодеинсодержащими препаратами или прегабалином (Лирика). По настоянию родственников несколько раз проходил лечение в коммерческих наркологических стационарах, однако, значимой ремиссии не давал. Через месяц – два после выписки вновь начинал употреблять героин. В 2016 году был осужден по статье 228. В течении двух лет находился в местах лишения свободы. После освобождения сразу же возобновил употребление героина (сейчас средняя доза – 2-3 гр героина). Иногда употребляет марихуану. В 2016 году был диагностирован ХВГ «С». Поступил на лечение в инфекционную больницу на плановое лечение ХВГ «С» накануне осмотра. Последний прием героина за 10 дней до настоящей госпитализации, марихуаны за две недели.

Анамнез жизни

* Из родственников никто к психиатрам и наркологам не обращался. * Не курит.

* Из перенесенных заболеваний: детские инфекции; в 25 лет диагностирован ХВГ «С». * Разведен, детей нет. * Работает менеджером.

Объективный статус

Свободно проходит в кабинет для беседы. В начале разговора напряжен, несколько тревожен. Заметно оживляется, когда заходит разговор о наркотических веществах. Охотно рассказывает об употреблении наркотических препаратов. Утверждает, что за врачебной помощью обратился сам, при поступлении декларирует установку на отказ от употребления психоактивных веществ и лечения ХВГ «С», но в течении беседы отмечает, что и сейчас что-нибудь употребил бы для поднятия настроения, но надо «подлечить печень». Держится свободно. В отделении очень быстро выделяет из общей массы пациентов больных наркоманией и мгновенно сходится с ними, постоянно держась их общества. Интеллект развит неплохо, но при этом круг интересов заметно сужен, что находит отражение в ограниченности обсуждаемых в разговоре тем. Уровень притязаний невысок. Побуждения, как и аффекты, представляются уплощенными. Складывается впечатление, что больной утаивает некоторые факты своей биографии. В беседе просит передать лечащему врачу просьбу о дополнительных назначениях различных препаратов (трамала, азалептина, прегабалина). Говорит, что «переломался», но «чего-то не хватает». Ярко выраженных симптомов абстиненции или интоксикации не обнаруживает. Ориентирован правильно. Острой психотической симптоматики не выявлено. При осмотре в области левого локтевого сгиба и предплечья множественные следы от инъекций.

Врач психиатр-нарколог может консультировать данного больного только при наличии

- письменного согласия ближайших родственников на осмотр пациента психиатром-наркологом
- письменного заявления от лечащего врача
- письменного информированного добровольного согласия пациента
- устного согласия пациента на беседу с психиатром-наркологом

Для дальнейшего лечения данного пациента следует

- перевести в отделение неотложной наркологической помощи
- направить в психоневрологический диспансер по месту жительства
- оставить в инфекционном отделении и выполнять назначения психиатра
- направить в психосоматическое отделение многопрофильной больницы

В дополнение к стандартным обследованиям, больному целесообразно провести

- одномоментный иммунохроматографический тест
- тест Люшера
- одномоментный окклюзионный тест
- тест Купера

Исследование + _____ + не проводится для подтверждения систематического употребления психоактивных веществ

- лимфы
- мочи
- ногтей
- крови

На момент осмотра, больного, в соответствии с критериями МКБ-10, следует выставить диагноз

- лимфы
- мочи
- ногтей
- крови

Диагноз

На момент осмотра ведущим психопатологическим синдромом у пациента является синдром

- ипохондрический
- абстиненции
- патологического влечения к психоактивным веществам
- депрессивный

В абстинентном состоянии, вызванном употреблением опиоидов, можно выявить

- суженный зрачок, сухость кожных покровов, алгические расстройства
- суженный зрачок, слезотечение, алгические расстройства
- расширенный зрачок, слезотечение, алгические расстройства
- расширенный зрачок, сухость кожных покровов, алгические расстройства

Одной из основных реабилитационных программ для данного больного является 12-шаговая программа. При прохождении программы «12 шагов» больной

- признает наличие у себя болезни и берет ответственность за ее лечение

- вовлекается в групповую работу и забывает о своей болезни
- учится искать поддержку и защиту у близких и окружающих
- активно пытается подавить патологическое влечение к психоактивным веществам

Для поддержания ремиссии, пациенту целесообразно назначить

- тримеперидин
- налтрексон
- бромокриптин
- бупренорфин

Перед назначением налтрексона необходимо провести + _____ + тест

- налоксоновый
- атропиновый
- квантифероновый
- Фагерстрема

Героин, по происхождению, относится к + _____ + опиоидами

- полусинтетическим
- синтетическим
- смесовым
- натуральным

При передозировке веществами опиной группы препаратом выбора является

- полусинтетическим
- синтетическим
- смесовым
- натуральным

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 28 лет обратилась к участковому психиатру

Жалобы

На чувство беспокойства и раздражительности, периодически возникающее чувство беспомощности, вины, утрата интересов, нарушения сна.

Анамнез заболевания

В возрасте 15 лет уехала из посёлка, в котором жила всё свою жизнь с матерью и отцом, учится на швею в Санкт-Петербург. Связалась с неблагополучной компанией, эпизодически употребляла алкоголь, курила табак. В связи с нехваткой денег решила поиграть на игровых автоматах, в первый свой раз выиграла значительную сумму денег. На следующий день всё проиграла, однако решив «отыграться», взяла в долг у друзей, и проиграла и эти деньги. Далее месяц не играла, отдавая долг. Но в дальнейшем стала заходить после учёбы «рисковать 100-200 рублями». Постепенно ставки и частота посещений зала игровых автоматов увеличились. В возрасте 27 лет вступила в гражданский брак, по просьбе мужа неоднократно пыталась ограничить траты на азартные игры, однако безуспешно. Последняя самостоятельная попытка около 2 недель назад. В то же время пациентка отметила появление чувства беспокойства, стала раздражительна «срывалась на всех подряд из-за мелочей». В дальнейшем присоединилась нарушения сна «вставала в 4-5 утра и не могла уснуть». Снизилась концентрация, «трудно сосредоточиться на работе, постоянно сбиваюсь». Стали возникать мысли никчёмности, вины «и за что муж меня такую любит, я же пустышка». С данными жалобами обратилась к участковому терапевту. Терапевтом был назначен Феназепам 0.5 мг на ночь, и рекомендовано обратиться к психиатру.

Анамнез жизни

Родители здоровы. Мать учитель младших классов. Отец алкоголизируется, обладает азартными чертами, работает каскадёром. Перинатальный период осложнен гипоксией плода в родах, в детстве наблюдалась у невролога. ЧМТ в 10 лет. В школе имела проблемы с успеваемостью и регулярностью посещения. Образование среднее специальное. Профессиональных вредностей не имеет. В настоящее время не работает. Хронические заболевания, по поводу которых постоянно принимает лекарственные средства, не выявлены. Оперативное лечение в возрасте 12 лет по поводу грыжи паховой области. Гинекологический анамнез без указаний на патологию. Менархе в 12 лет, беременностей не было. По характеру себя считает оптимистичной, любящей новые впечатления и развлечения, человеком с «не очень крепкой силой воли». Аллергий не отмечает. Не курит, употребляет периодически (1 раз в месяц) до 200 мл 40.0% алкоголя.

Объективный статус

Внешне несколько напряжена, тревожна. Гипомимична. Голос негромкий. Темп речи и движения немного замедленные. Свое состояние описывает подробно. Понимает необходимость лечения, просит помощи «я устала, мне уже становится неинтересно, что происходит вокруг меня». Сон нарушен – просыпается около 4-5 часов утра и «нет сил встать, лежала бы и лежала».

Аппетит снижен «ем, потому что надо, вкус как будто исчез». Во вторую половину дня самочувствие постепенно улучшается, становится чуть активнее. Масса тела 67 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 62 в 1 мин, АД 125/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Основным методом установки диагноза данной пациентке является

- эндокринологическое обследование
- общетерапевтическое обследование
- экспериментально-психологическое обследование
- клиническое обследование (целенаправленный расспрос и выявление клинических симптомов)

Из дополнительных методов для установки диагноза следует применить

- эндокринологическое обследование
- общетерапевтическое обследование
- экспериментально-психологическое обследование
- клиническое обследование (целенаправленный расспрос и выявление клинических симптомов)

Результаты обследования

Данный случай следует расценить как

- эндокринологическое обследование
- общетерапевтическое обследование
- экспериментально-психологическое обследование
- клиническое обследование (целенаправленный расспрос и выявление клинических симптомов)

Диагноз

Наличие у пациентки жалоб на возникающее «чувство вины, беспомощности», наличие нарушений сна в виде ранних пробуждений «просыпаюсь в 4-5 утра и не могу уснуть», указывает на наличие

- эмоциональной гипостезии
- психопродуктивного компонента в структуре заболевания
- болезненной психической анестезии
- депрессивного компонента в структуре заболевания

Фармакологическое лечение текущего состояния следует проводить препаратом из группы

- седативных антипсихотиков
- м-холинолитиков
- ноотропов
- антидепрессантов

Для фармакотерапии данного состояния следует выбрать препарат из группы

- ингибиторов моноаминооксидазы
- четырехциклических антидепрессантов
- трициклических антидепрессантов
- селективных ингибиторов обратного захвата серотонина

В связи с наличием у пациентки жалоб на раздражительность, вспышки агрессии, в плане фармакотерапии обосновано назначение

- нормотимиков
- ноотропов
- бензодиазепиновых транквилизаторов
- витаминов группы В

Наиболее предпочтительной тактикой фармакологической терапии является применение

- коротких курсов средних доз препарата с выполнением «обрывов» терапии
- малых доз препарата
- средних и высоких доз препарата
- высоких доз препарата с их последующим снижением через 2-3 недели после начала терапии

Наиболее эффективным для данного пациента вариантом психотерапии является

- когнитивно-поведенческая
- гипноз
- рациональная
- нарративная

Эффект от назначенной фармакотерапии следует ожидать через

- 6 месяцев
- 1 год

- 2-3 недели
- 2-3 месяца

При оценке анамнеза жизни, в качестве основных предрасполагающих факторов следует отметить

- гинекологический анамнез
- характерологические особенности пациентки
- отсутствие трудовой занятости
- уровень образования

Постепенное увеличение ставок при посещениях пациенткой зала игровых автоматов можно рассматривать как

- гинекологический анамнез
- характерологические особенности пациентки
- отсутствие трудовой занятости
- уровень образования

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 25 лет обратился к участковому психиатру.

Жалобы

На «слезку», чувство тревоги постоянно, страх, что окружающие причинят вред пациенту.

Анамнез заболевания

Первый эпизод употребления алкоголя произошёл в 15 лет, употребление алкоголя сопровождалось чувством эйфории и расслабления. С 20 лет отмечает систематическое употребление алкоголя: «По выходным расслаблялся, выпивая 2-3 литра пива». В течение последнего года периодически употребляет алкоголь ежедневно в течение 6-7 дней «когда получаю зарплату». Около 3 месяцев назад в соседнюю квартиру въехали новые соседи, которые начали ночью «обсуждать меня за стенкой», отметил «слезку» за собой. Обратился в полицию, но факт противоправных действий не подтвердился. Обратился к психиатру по совету матери.

Анамнез жизни

Наследственности психопатологически не отягощена. У дедушки сахарный диабет 2 типа. Образование среднее специальное. Работает сварщиком на заводе. В раннем детстве и дошкольном возрасте наблюдался неврологом по

поводу беспокойного сна. В школе адаптировался удовлетворительно. Окончил 9 классов. Обучался в ПТУ по программе «сварщик». Оперативные вмешательства в 14 лет по поводу аппендицита. Аллергий не отмечает. Курит с 16 лет по пачке в день, употребляет алкоголь с 15 лет, толерантность на этапе систематического употребления 0.7 л водки, отмечаются псевдозапой.

Объективный статус

В беседу вступает с видимой неохотой, отвечает на вопросы односложно, кратко, складывается ощущение, что контролирует каждое сказанное слово. Мимика, жесты выглядят напряжёнными. Периодически поглядывает на дверь, в проём окна, повышает голос. При обсуждении значимых для него моментов, касающихся «слежки» соседей, начинает говорить быстрее, появляются живые мимические и эмоциональные реакции, начинает подробно описывать свои переживания. Суждения поверхностные, сконцентрированы на болезненных переживаниях. О близких высказывается негативно, считает, что родители считают его психически больным и не верят, что соседи хотят причинить ему вред. Планов на будущее не строит, на все вопросы о планируемых действиях отвечает «разобраться с соседями, иначе они меня покалечат». В мышлении отмечается детализация тех моментов повествования, которые касаются соседей с их отношением к пациенту. Заявил, что не может подробно рассказать о том, что было с ним в период последнего недельного злоупотребления алкоголем, так как память на этот период отрывочная. Сон с затруднением засыпания, частыми пробуждениями. Аппетит снижен. Масса тела 72 кг. Кожные покровы обычной окраски, повышенной влажности. Периферических отеков нет. Дыхание жесткое, ЧД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 76 в 1 мин, АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Для постановки диагноза данному пациенту необходимо провести

+ + обследование

- экспериментально-психологическое
- клинико-психопатологическое
- электроэнцефалографическое
- неврологическое

Для установки диагноза первостепенное значение в представленном случае имеет анализ анамнестических данных, касающихся

- учебной и трудовой деятельности
- заболеваний, перенесенных в детстве
- данных о наследственности
- злоупотребления алкоголем и психоактивными веществами

Основным диагнозом является

- учебной и трудовой деятельности
- заболеваний, перенесенных в детстве
- данных о наследственности
- злоупотребления алкоголем и психоактивными веществами

Диагноз

Наличие у пациента вербальных обманов восприятия, бредовых идей отношения свидетельствует о

- патологическом развитии личности
- развитии предпсихотического состояния
- текущей интоксикации
- развитию психоза

Описанный характер злоупотребление свидетельствует о

- постоянной форме пьянства
- эпизодической форме пьянства
- перемежающейся форме пьянства
- запойной форме пьянства

Купирование имеющихся симптомов следует проводить с помощью

- электросудорожной терапии
- неврологической терапии
- психофармакологической терапии
- психотерапии

Наиболее целесообразно назначение препаратов из группы

- антидепрессантов
- нормотимиков
- антипсихотиков
- ноотропов

Психотерапевтическое лечение следует применять

- после полного купирования имеющейся симптоматики
- спустя 6-8 месяцев от момента полного купирования имеющейся симптоматики
- с самого начала лечения
- при достаточном восстановлении когнитивных функций

Основной целью психотерапии является

- нормализацию субъективного самочувствия пациента
- усиление эффекта фармакологической терапии
- купирование текущих психопатологических нарушений
- достижение стабильной социальной адаптации пациента

Лечение пациента следует проводить в условиях

- психоневрологического диспансера
- санатория
- психосоматического отделения многопрофильного стационара
- специализированного стационара

В клинической картине текущего ухудшения большой удельный вес имеет

- дисфория
- растерянность
- апатия
- тревога

Сообщение пациента об отрывчатых воспоминаниях, касающихся последнего эпизода злоупотребления свидетельствуют о наличии

- дисфория
- растерянность
- апатия
- тревога

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 45 лет обратился к участковому психиатру

Жалобы

На головные боли, раздражительность «по мелочам», нарушения сна, чувство тревоги, повышенный аппетит и быструю утомляемость

Анамнез заболевания

Болезненные симптомы, возникли около недели назад, вначале появилась раздражительность, начал срываться на коллег по работе, домочадцев. В дальнейшем присоединилось чувство тревоги, нарушился сон, в виде сложности засыпания, и ночными пробуждениями. Повысился аппетит «заедаю

стресс», при этом общее самочувствие ухудшилось. Обратился к психотерапевту за помощью, по совету родных.

Анамнез жизни

Родители здоровы. Со слов, в роду психически больных не было. Образование высшее педагогическое. Профессиональных вредностей не имеет. Имеет хроническое заболевание «сахарный диабет 2 типа в стадии компенсации», оперативные вмешательства отрицает. Аллергическая реакция на амоксициллин в виде сыпи. Курил в течение 10 лет, постепенно количество выкуриваемых в день сигарет возрастало, от 4 до 15 сигарет в день, в настоящий момент не курит около 10 дней, алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус

Внешне напряжен, вертит телефон в руках, во время беседы постоянно жуёт жвачку – «помогает отвлечься». Ориентирован всесторонне верно. Голос громкий. Темп речи и движения несколько ускорены. Свое состояние описывает подробно. Понимает необходимость лечения, просит помощи, так как опасается, что самостоятельно отказаться от курения не сможет. Перед сном ворочается, «постоянно думаю о курении», сон поверхностный с пробуждениями. Аппетит повышен, за неделю набрал 2 кг. Особо сильно желание покурить возникает в период пробуждения и в перерывах на работе. В остальное время пациенту удается отвлечься, однако периодически мысли о курении возникают вновь. Стал быстро уставать на работе, возникли трудности в концентрации при выполнении профессиональных манипуляций. Масса тела 91 кг, рост 181 см. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание жёсткое, ЧД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 88 в 1 мин, АД 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Необходимое в данной ситуации обследование включает в себя

- неврологическое обследование
- общетерапевтическое обследование
- клиническое обследование (целенаправленный расспрос и выявление клинических симптомов)
- экспериментально-психологическое обследование

Из дополнительных методов для установки диагноза следует применить

- неврологическое обследование
- общетерапевтическое обследование
- клиническое обследование (целенаправленный расспрос и выявление клинических симптомов)

- экспериментально-психологическое обследование

Результаты обследования

Данный случай следует расценить как

- неврологическое обследование
- общетерапевтическое обследование
- клиническое обследование (целенаправленный расспрос и выявление клинических симптомов)
- экспериментально-психологическое обследование

Диагноз

Для лабораторной оценки табачной зависимости используется метод

- определения качественного состава мокроты
- определения жизненной емкости лёгких
- определение реологических свойств крови
- определения окиси углерода в выдыхаемом воздухе

Наличие у пациента жалоб на раздражительность, быструю утомляемость, снижение концентрации и внимание указывает на

- энцефалопатию органического генеза
- астенический синдром
- дисфорическое состояние
- субдепрессивный синдром

Фармакологическое лечение текущего состояния следует проводить препаратом из группы

- антипсихотиков
- никотин-заместителей
- транквилизаторов
- нормотимиков

Наиболее предпочтительной тактикой терапии является

- сочетание фармакотерапии с индивидуальным и групповым консультированием пациента
- кратковременный курс фармакотерапии с последующим переходом к консультированию
- вводное консультирование (1-3 сеанса) с последующим переходом к фармакотерапии

- сочетание фармакотерапии с аутосуггестивными упражнениями

Лечением зависимости от никотина в форме минимального консультирования может заниматься

- нарколог
- психотерапевт
- семейный врач
- психиатр

На этапе планирования прекращения употребления табака важное значение имеет

- мотивация
- финансовое состояние
- соматическое состояние
- социальный статус

В качестве разновидности психотерапии, которую следует применять в комплексной терапии данного случая, рекомендуется

- когнитивно-поведенческая
- экзистенциальная
- рациональная
- суггестивная

Лечение данного случая возможно в

- санатории
- стационаре общесоматического профиля
- амбулаторных условиях
- стационаре психиатрического профиля

Минимальный период, в течение которого проводят оценку избавления от никотиновой зависимости, составляет

- санатории
- стационаре общесоматического профиля
- амбулаторных условиях
- стационаре психиатрического профиля

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 55 лет пришел на госпитализацию в клинику психиатрии в сопровождении отца

Жалобы

На онемение и чувство «мурашек» в нижних конечностях, плохую память, общую слабость

Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что длительное время злоупотребляет алкоголем. Спиртные напитки употребляет с 20 летнего возраста. В то время пил «как все», по праздникам в компаниях друзей. Постепенно частота и количество выпитого увеличивалось. Сформировались запои по 15-20 дней, со светлыми промежутками до 2-3-х месяцев. Несколько раз лечился в наркологических стационарах, однако качественной ремиссии не было. Последний запой длился около 10 дней. Со слов отца, за две недели до настоящего обращения был обнаружен на улице и доставлен бригадой скорой помощи в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, в отделение токсикологии с диагнозом «острое отравление алкоголем и его суррогатами». Там находился 5 дней и был выписан накануне с рекомендациями лечения у психиатра-нарколога по месту жительства. Сам больной рассказать о том, что предшествовало госпитализации в НИИ СК не может, также не помнит, что конкретно с ним происходило и в стационаре. Дома у отца большую часть времени проводил у телевизора бесцельно переключая каналы. При этом не мог вспомнить какой канал смотрел. При просьбе отца сделать что-то по дому – начинал выполнять задание, но, через некоторое время, забывал об этом, уходил в комнату продолжал смотреть телевизор. Часто, получив ответ, на свой вопрос, через небольшой промежуток времени вновь задавал тот же вопрос.

Анамнез жизни

* Из родственников никто к психиатрам не обращался, отец страдает ИБС; * курит до 2-х пачек сигарет в сутки; * служил в рядах СА; * в анамнезе несколько ЧМТ; * разведен, живет один; * официально нигде не работает.

Объективный статус

Охотно проходит в кабинет для беседы. Несколько напряжен, тревожен. Рассказывает, что накануне был выписан из медучреждения, что «лечили сердце», при просьбе более подробно рассказать об этом, утверждает, что в течении месяца находился в больнице, но что там делали не помнит, говорит «что эта больница, что та – это одно учреждение», «просто спустили на первый этаж». Дезориентирован во времени (не правильно указывает текущий месяц; число). Понимает, что находится в медучреждении, соглашается, что есть

проблемы с памятью. Рассказывает, что до больницы жил на даче, где ухаживал за огородом, сажал яблони (хотя, со слов отца, на даче был полгода назад). В беседе с врачом не может запомнить имя собеседника. Забывает, названную врачом, текущую дату. Из предложенных к запоминанию 10 слов может вспомнить только последние два. Правильно трактует пословицы и поговорки. На момент осмотра признаков острой психотической симптоматики не выявлено

Психиатрическое освидетельствование данного больного проводится

- только при наличии письменного информированного добровольного согласия пациента
- без письменного согласия пациента
- только при наличии судебного решения
- при наличии письменного согласия отца

Для дальнейшего обследования и лечения в психиатрическом стационаре необходимо провести

- только при наличии письменного информированного добровольного согласия пациента
- без письменного согласия пациента
- только при наличии судебного решения
- при наличии письменного согласия отца

Результаты обследования

У данного больного на первый план выходит + _____ + синдром

- только при наличии письменного информированного добровольного согласия пациента
- без письменного согласия пациента
- только при наличии судебного решения
- при наличии письменного согласия отца

Диагноз

У больного определяется + _____ + амнезия

- психогенная
- фиксационная
- конградная
- диссоциативная

У этого пациента наблюдаются парамнезии, в том числе

- криптомнезия
- эхомнезия
- фантазм
- конфабуляции

Наиболее точно настоящее состояние больного соответствует понятию

- корсаковский синдром
- синдром Котара
- синдром Кандинского-Клерамбо
- корсаковский психоз

Для корсаковского психоза характерно присутствие

- гемианопсии
- полинейропатии
- полиатаксии
- гемиплегии

Правильнее всего начать лечение с

- медикаментозной терапии
- когнитивной психотерапии
- предметно-опосредованной психотерапии
- электросудорожной терапии

Препаратами выбора при данной патологии являются

- производные карбоксиамида и витамины группы С
- ноотропные препараты, барбитураты и нейролетики
- ноотропные препараты, аминокислоты и витамины группы В1
- препараты дисульфирамового ряда и бензодиазепины

Прогрессирующая амнезия развивается по закону

- Вальтера-Бюэля
- Рибо
- Фреголи
- Рита

При Корсаковском психозе не наблюдается

- фиксационная амнезия

- конфабуляции
- диссоциативная амнезия
- псевдореминисценции

Корсаковский синдром в большинстве случаев

- фиксационная амнезия
- конфабуляции
- диссоциативная амнезия
- псевдореминисценции

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 63 лет, поступает в сопровождении дочери и внучки.

Жалобы

На общее плохое самочувствие, резкую слабость, головокружение, бессонницу, шаткость походки.

Анамнез заболевания

Злоупотребляет алкоголем с 47 лет, когда мужу после перенесенного инфаркта был выставлен диагноз паркинсонизм, стала выпивать после рабочего дня, для успокоения до 200-250 мл водки. К 49 годам толерантность возросла до 0,5 л водки. После прекращения употребления алкоголя стала отмечать: головокружение, бессонницу, снижение аппетита, боли в сердце, влечение к спиртному. Выпивки носили преимущественно ежедневный характер. В 49 лет лечилась амбулаторно у психиатра-нарколога, после которой была проведена «запретительная процедура». Не употребляла алкоголь до 55 лет. В 55 лет увольняется с работы, в связи с необходимостью ухода за больным мужем. В это время возобновила ежедневное употребление алкоголя. Толерантность составляет до 0,5 л водки в сутки.

Анамнез жизни

Наследственность психическими и наркологическими заболеваниями не отягощена. Росла и развивалась соответственно возрасту. В школу пошла с 7 лет, адаптировалась легко, училась на «4» и «5». По характеру всегда была очень общительной, сильной, волевой, любит чистоту и порядок. Занималась спортивной гимнастикой, акробатикой, играла на кларнете в духовом оркестре во дворце культуры. После успешного окончания 8 классов училась в медицинском училище и закончила его с красным дипломом. Но в медицинский институт поступить не смогла. Всю жизнь работала медицинской

сестрой в медицинских учреждениях. Последние годы работала мед. сестрой в детском саду. В настоящее время находится на пенсии.

Объективный статус

Соматический статус. Среднего роста, нормального питания. Кожные покровы бледные, видимые слизистые чистые. Язык сухой, обложен белым налетом. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные. АД 180/110 мм. рт. ст. ЧСС 85 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень +2 см. Температура тела 36,5°C. Симптом поколачивания по пояснице отрицателен с двух сторон. Физиологические отправления в норме. Неврологический статус. Лицо симметричное, язык по средней линии. Зрачки равны (D=S), реакция на свет вялая. В позе Ромберга пошатывается, ПНП выполняет с трудом. Тремор пальцев вытянутых рук. Сухожильные рефлексы симметричные, снижены. Отмечается мелкоразмашистый горизонтальный нистагм. Чувствительность снижена на нижних конечностях. Психический статус. В сознании, ориентирована во времени, месте, в собственной личности правильно. Одеты опрятно. Фон настроения снижен, плаксива. Речь тихая, вялая. В беседу вступает неохотно, соблюдает дистанцию, немногословна. Влечение к алкоголю отрицает. Отвечает на поставленные вопросы в плане заданного. Сознание болезни формальное. Обращение за помощью вызвано инициативой дочери. Жалуется на головокружение, бессонницу, шаткость походки. Настроена на короткий курс лечения.

Наиболее информативным из лабораторных методов исследования крови в пользу диагноза является

- фиксационная амнезия
- конфабуляции
- диссоциативная амнезия
- псевдореминисценции

Результаты лабораторного метода обследования

В качестве скринингового метода данной пациентке можно использовать

- фиксационная амнезия
- конфабуляции
- диссоциативная амнезия
- псевдореминисценции

Результаты обследования

Диагноз врача приемного покоя

- фиксационная амнезия
- конфабуляции
- диссоциативная амнезия
- псевдореминисценции

Диагноз

Наиболее информативным методом в пользу диагноза является

- лабораторная диагностика
- физикальное обследование
- клиническая диагностика
- инструментальные методы исследования

Наиболее информативным признаком в пользу диагноза является

- обращение за помощью по инициативе близких
- нарушение мышления
- наличие психической зависимости
- состояние отмены

Алгоритм лечебных мероприятий для данной больной включает назначение

- транквилизаторов и промывание желудка
- пролонгированных форм нейролептиков
- инфузионной терапии и энтеросорбентов
- атипичных нейролептиков

Психотерапия для больной

- противопоказана
- должно проводится в полном объеме, как при синдроме зависимости
- ограничивается короткими интервью
- резко ограничена

Основная задача психотерапевтического воздействия на пациентку

- проведение эмоционально-стрессовой терапии
- вовлечение в программу - 12 шагов
- вовлечение и ее удержание в лечебной программе
- участие в групповой психотерапии

Психотерапия больной предполагает проведение

- вовлечение в программу - 12 шагов

- семейной психотерапии
- предметно-опосредованной психотерапии
- проведение эмоционально-стрессовой терапии

Карбогидрат-дефицитный трансферрин в сыворотке крови (CDT)

- более чувствителен у мужчин
- одинаково чувствителен, как у мужчин, так и у женщин
- менее чувствителен у мужчин
- более чувствителен у женщин

Определение каких показателей позволяет достигнуть 100% чувствительности и 90% специфичности для определения злоупотребления алкоголем

- ГГТ и АсАТ
- АлАТ и щелочной фосфатазы
- холестерина и триглицеридов
- общего и прямого билирубина

Лабораторные биомаркеры позволяют

- ГГТ и АсАТ
- АлАТ и щелочной фосфатазы
- холестерина и триглицеридов
- общего и прямого билирубина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 48 лет, поступает в сопровождении дочери.

Жалобы

На слабость, бессонницу.

Анамнез заболевания

Злоупотребляет алкоголем в течение 8 лет. Выпивала по окончании рабочего дня, до 3 раз в неделю, с толерантностью до 1/2 бутылки вина. В 43 года стала предпочитать крепкие спиртные напитки до 250 гр. (коньяк, водка). Вскоре появились проблемы на работе, в связи с систематическими опозданиями на работу. В 44 года выпивки стали носить практически ежедневный характер. В этот период при неупотреблении стала испытывать головокружение, бессонницу, снижение аппетита, тремор во всем теле, влечение к спиртному. В 45 лет после смерти матери и связанных с этим тяжелых переживаний стала

выпивать с утра, с толерантностью до 1,5 л водки. В это же время была сокращена с работы. Больная в настоящее время не работает, проживает со старшей дочерью.

Анамнез жизни

Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Со слов больной дядя и двоюродный дедушка со стороны отца сильно пили. В школу пошла с 7 лет, адаптировалась в детском коллективе хорошо. Училась хорошо. Больше нравились точные науки – математика. Занималась легкой атлетикой, стрельбой из лука. Любила вышивать, вязать. По характеру всегда была общительной, доброй. После окончания школы училась в политехническом институте водоснабжения и мелиорации, работала по специальности. Больная вышла замуж в 22 года, имеет двух взрослых дочерей. После развода в 2000 году переехала в Москву. Работала все это время по специальности инженером в Мосводоканале. В настоящее время не работает, состоит на бирже труда. Проживает вместе со старшей дочерью.

Объективный статус

Соматический статус. Среднего роста, нормального питания. Кожные покровы лица и шеи гиперемированы. Склеры инъецированы. Язык сухой, обложен желтым налетом. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные. АД 140/95 мм рт. ст. ЧСС 91 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень +2. Температура тела 36,9°C. Симптом поколачивания по пояснице отрицателен с двух сторон. Стул в норме, мочеиспускание в норме. В динамике состояние удовлетворительное.

Неврологический статус. Лицо симметричное, язык по средней линии. Зрачки D=S, реакция на свет живая. Нистагм отсутствует. В позе Ромберга устойчива, пальценосовую пробу выполняет с трудом. Тремор пальцев вытянутых рук. Сухожильные рефлексы симметричные, живые. Менингеальных знаков и очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

Психический статус. В сознании, ориентирована во времени, месте, в собственной личности правильно. Одеты опрятно. Во время беседы сидит спокойно. Фон настроения снижен, плаксива. Речь тихая, внятная, последовательная. В беседу вступает охотно, доброжелательна, заинтересована. Влечение к алкоголю не отрицает. Четко отвечает на поставленные вопросы, преуменьшает последствия злоупотребления спиртным. Просит помощи. Жалуется на слабость, бессонницу. Настроена на лечение в стационаре. Психотических явлений, суицидальных тенденций на момент осмотра не выявлено.

Лабораторными показателями, наиболее информативными для выявления недавнего употребления алкоголя, являются

- ГГТ и АсАТ
- АлАТ и щелочной фосфатазы
- холестерина и триглицеридов
- общего и прямого билирубина

Результаты лабораторных методов обследования

Лабораторный показатель, позволяющий удостовериться, что пациентка ежедневно принимала свыше 60 г этанола

- ГГТ и АсАТ
- АлАТ и щелочной фосфатазы
- холестерина и триглицеридов
- общего и прямого билирубина

Результаты обследования

Диагноз больной

- ГГТ и АсАТ
- АлАТ и щелочной фосфатазы
- холестерина и триглицеридов
- общего и прямого билирубина

Диагноз

Исходя из наркологического анамнеза, у больной + _____ + стадия заболевания

- F10.2x1
- F10.2x9
- F10.2x3
- F10.2x2

Клиническая диагностика при постановке диагноза «Синдром зависимости»

- играет второстепенную роль
- не информативна без лабораторных методов исследования
- занимает ведущую роль
- не информативна без физикальных методов исследования

Терапия пациентки должна осуществляться в + _____ + условиях

- стационарных
- амбулаторных

- домашних
- реабилитационных

Тактика лечения пациентки предполагает

- проведение комплексного медикаментозного и психотерапевтического лечения
- назначение психотропных препаратов в связи с возможным появлением патологического влечения к алкоголю
- назначение антидепрессантов в первые дни
- лечение абстинентного состояния и продолжение лечения в амбулаторных условиях

Цель психотерапии для пациентки является

- мотивирование на лечение и реабилитацию
- вовлечение в программу - 12 шагов
- проведение эмоционально-стрессовой терапии
- участие в групповой психотерапии

Проведение психотерапии для больной определяется

- сроками лечения в лечебном учреждении
- постановкой цели и психотерапевтическими мишенями
- желанием пациентки
- желанием родственников больной

Предпочтительно при синдроме зависимости применять психотерапевтические методы

- которые рекомендуют родственники больного
- с доказанной эффективностью
- наиболее часто используемые клиническим психологом
- которыми уверенно владеет врач-психотерапевт

Личностно-ориентированная психотерапия при синдроме зависимости направлена на

- помощи принятия, что болезнь неизлечима
- изменение поведенческих, эмоциональных, когнитивных паттернов
- увеличение сроков пребывания в стационаре
- на изменение отношения родственников больного к пациенту

Проведение семейной психотерапии при синдроме зависимости должна быть направлена на

- помощи принятия, что болезнь неизлечима
- изменение поведенческих, эмоциональных, когнитивных паттернов
- увеличение сроков пребывания в стационаре
- на изменение отношения родственников больного к пациенту

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина, 36 лет, обратилась за консультацией к психиатру-наркологу в сопровождении мужа и сына.

Жалобы

На невозможность отказаться от сигарет

Анамнез заболевания

Курит с 16 лет, в настоящее время до 40 сигарет в день. Последние два года появился кашель в утренние часы. При невозможности закурить становится вспыльчивой, раздражительной, появляется бессонница. Год назад был поставлен диагноз – хронический бронхит.

Анамнез жизни

* Психический и наркологический анамнез не отягощен * В детстве перенесла детские инфекции * Не работает * Прививочный анамнез назвать не может (со слов пациентки, прививалась «вроде» в школе). От гриппа прививки не делала.

Объективный статус

* Ориентировка в месте, времени и собственной личности сохранена. Внешне опрятна. Контакт доступен. В беседе держится свободно. Жалуется, что не может сократить количество сигарет. Отмечает, что последние пять лет появилось сильное влечение к курению. Отмечает, что за этот период были неудачные попытки прекратить курить. После прекращения курения отмечает появление дисфории, раздражительности, плохой сон, усиление кашля. Несмотря на последствия от курения полностью отказываться от него не планирует * Муж пациентки к курению жены относится пассивно, однако пациентка отмечает навязчивую заботу о ее здоровье. Многократные звонки мужа ей в течении дня. Отмечает, что муж настаивает на сдаче различных анализов каждые два месяца. Говорит, что это третья консультация за месяц. До этого консультировалась у кардиолога и терапевта. * Во время консультации муж больной постоянно перебивает врача. Задает уточняющие вопросы, оспаривает решения врача, предпочитает в разговоре говорить в основном «мы». * Температура тела 36,7°C. * АД – 130/90 мм рт.ст, ЧСС – 89 уд. в мин. * В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. * Живот

мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. * Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Для постановки диагноза больной необходимо провести инструментальное исследование

- помощи принятия, что болезнь неизлечима
- изменение поведенческих, эмоциональных, когнитивных паттернов
- увеличение сроков пребывания в стационаре
- на изменение отношения родственников больного к пациенту

Результаты инструментального метода обследования

Патопсихологическое исследование в пользу диагноза является

- помощи принятия, что болезнь неизлечима
- изменение поведенческих, эмоциональных, когнитивных паттернов
- увеличение сроков пребывания в стационаре
- на изменение отношения родственников больного к пациенту

Результаты обследования

Согласно МКБ-10 для установки диагноза необходимо

- 3 и более симптома, наблюдающиеся на протяжении 12 месяцев
- не более 3 симптомов, наблюдающихся в течении полугода
- не менее 2 симптомов, на протяжении месяца
- не менее 7 симптомов, на протяжении 15 месяцев

Опираясь на критерии МКБ-10 диагноз больной

- 3 и более симптома, наблюдающиеся на протяжении 12 месяцев
- не более 3 симптомов, наблюдающихся в течении полугода
- не менее 2 симптомов, на протяжении месяца
- не менее 7 симптомов, на протяжении 15 месяцев

Диагноз

Учитывая статус мужа, у больной можно предположить

- параноидное расстройство личности
- шизоидное расстройство личности
- созависимость
- нравственно-этические нарушения

Тактика лечения данной пациента руководствуется

- приказом Минздрава России от 4 сентября 2012 года № 125н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при психотическом расстройстве, вызванном употреблением психоактивных веществ"
- приказом Минздрава России от 17 мая 2016 года № 300н "Об утверждении стандарта первичной специализированной медико-санитарной помощи при пагубном употреблении психоактивных веществ"
- приказом Минздрава России от 17 мая 2016 года № 301н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением психоактивных веществ"
- клиническими рекомендациями синдрома зависимости от табака

Короткие беседы, направленные на повышение мотивации отказа от курения, данной больной должны проводить

- врач психиатр-нарколог на каждой консультации
- врачи всех специальностей, а также медицинский персонал среднего звена
- врач психотерапевт и клинический психолог
- средний и младший персонал медицинский организаций

Короткая беседа данной больной должна включать в себя

- выявление соматических нарушений
- определение статуса курения
- определение когнитивных нарушений
- выявление личностных особенностей больной

Реабилитация данной пациентке

- показана при нарушении критики к заболеванию
- показана при сохранении аффективных нарушениях
- необходима
- не требуется

Профилактика данной пациентки в условиях диспансерного наблюдения

- показана при нарушении критики к заболеванию
- необходима
- не требуется
- показана при сохранении аффективных нарушениях

Профилактика данной пациентки должна быть направлена на

- предотвращение возобновления потребления табака
- назначении антипсихотических препаратов для предотвращения появления патологического влечения
- динамическом наблюдении в диспансере
- разъяснительных беседах с семьей больной

Никотин сходен по своей структуре с нейромедиатором

- предотвращение возобновления потребления табака
- назначении антипсихотических препаратов для предотвращения появления патологического влечения
- динамическом наблюдении в диспансере
- разъяснительных беседах с семьей больной

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 26 лет срок беременности 16 недель была направлена врачом женской консультации с жалобами на вспыльчивость, агрессивность была к психиатру-наркологу. За консультацией обращается в сопровождении матери.

Жалобы

На невозможность отказаться от сигарет, вспыльчивость, агрессивность

Анамнез заболевания

Курит с 17 лет, в настоящее время до 25 сигарет в день. Последние 6 месяцев стала отмечать появление кашля в утренние часы. Отмечает появление вспыльчивости, раздражительности и бессонницы при попытках самостоятельно прекратить курить.

Анамнез жизни

* Психический и наркологический анамнез не отягощен * В детстве перенесла детские инфекции * Не работает * Прививочный анамнез назвать не может.

Объективный статус

* Ориентировка в месте, времени и собственной личности сохранена. Внешне опрятна. Контакт доступен. В беседе держится напряженно. Во время беседы часто меняет положение тела. Последние три года пытается прекратить курить. Неуспешные попытки объясняет появлением сильного влечения к табаку. *
Мать пациентки проявляет чрезмерную инициативу при беседе с пациенткой. Постоянно перебивает дочь, при ее рассказе о болезни, пытается уточнить

незначительные детали или уличить ее во лжи. Со слов больной последние два года мать стала проявлять чрезмерную заботу о ее здоровье. В связи с беременностью дочери мать стала контролировать ее питание, настаивать на различных обследованиях, которые, по ее мнению, необходимы, многократно в течении дня узнавать о ее самочувствии, диктовать модель поведения дочери.

* Температура тела 36,7°C. * АД – 130/90 мм рт.ст., ЧСС – 89 уд. в мин. * В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. * Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. * Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Для установки диагноза необходимо провести инструментальное исследование

- предотвращение возобновления потребления табака
- назначении антипсихотических препаратов для предотвращения появления патологического влечения
- динамическом наблюдении в диспансере
- разъяснительных беседах с семьей больной

Результаты инструментального метода обследования

Для установки диагноза необходимо провести патопсихологическое исследование

- предотвращение возобновления потребления табака
- назначении антипсихотических препаратов для предотвращения появления патологического влечения
- динамическом наблюдении в диспансере
- разъяснительных беседах с семьей больной

Результаты обследования

Какой диагноз следует поставить больной, опираясь на критерии МКБ-10

- предотвращение возобновления потребления табака
- назначении антипсихотических препаратов для предотвращения появления патологического влечения
- динамическом наблюдении в диспансере
- разъяснительных беседах с семьей больной

Диагноз

Учитывая статус матери больной, можно предположить

- параноидное расстройство личности
- созависимость
- шизоидное расстройство личности
- нравственно-этические нарушения

Наиболее предпочтительная психотерапевтическая тактика с учетом беременности больной является

- когнитивно-поведенческая
- гипнотерапия
- эмоционально-стрессовая
- рациональная и гештальт терапия

Для повышения мотивации пациентки необходимо/ы

- краткосрочные советы на каждом визите для усиления мотивации к отказу от табака
- проведение сеансов рациональной психотерапии
- патопсихологическое обследование и выявление предикторов срыва
- продолжительные беседы с больной и ее родственниками

Созависимость матери больной является

- пусковым механизмом в формировании депрессии
- фактором рецидива
- одним из факторов становления ремиссии
- одним из факторов формирования доверительных отношений

Лечить никотиновую зависимость у больной рекомендуется

- на протяжении всего срока беременности
- в первый триместр беременности
- после родов, при условии искусственного кормления ребенка
- после психологическая адаптация матери к ребенку

В процессе преодоления созависимости матери больной рекомендуется

- сочетание гипнотерапии с сеансами эмоционально-стрессовой психотерапии
- сочетание программ специальной групповой психотерапии (ПТ) с сеансами индивидуальной, супружеской и семейной ПТ
- выявление личностных особенностей матери и на основании этого проведение разъяснительных бесед
- назначение психофармакотерапии

Признаком созависимости является

- низкая самооценка
- самодостаточная личность с формированием шизоаффективных черт личности
- психопатическое развитие личности
- высокая самооценка

Признаком созависимости является

- ананкастное расстройство личности
- принятие ответственности
- эмоциональная холодность
- компульсивное желание контролировать жизнь других

Признаком созависимости является

- ананкастное расстройство личности
- принятие ответственности
- эмоциональная холодность
- компульсивное желание контролировать жизнь других

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 27 лет поступил на лечение в наркологической клиники в сопровождении матери

Жалобы

Жалобы на плохой сон, пониженное настроение, тошноту и раздражительность, крайнюю подавленность и плохое соматическое и психическое состоянии.

Акцентирует внимание что уже пять дней не принимал спиртного, а состояние не улучшается.

Анамнез заболевания

Первая проба алкоголя произошла в 15-летнем возрасте в деревни у бабушки на летних каникулах. В компании подростков выпили на четверых 0,5 литра самогона, запивая сладкой газированной водой. Состояние опьянение вначале понравилось, так как было очень весело. Но было омрачено неудержимой рвотой, которая не приносила облегчения. Как добрался домой не помнит, но на утро сильно досталось от бабушки. Два дня не мог подняться с постели, сильно болела голова и было стыдно перед родными. В последующем распивать спиртные напитки с подростками отказывался. Но в 17 лет

возобновил пробу алкоголя с одноклассниками, так как было стыдно не поддержать их и тем более отказаться. Выпили 0,5 литра водки на пятерых. Крайне редко. К большому удивлению рвоты не было и состояние опьянения очень понравилось. После окончания школы поступил в техникум, где тоже нашел соответствующую компанию. Стал часто и беспричинно возвращаться домой в не трезвом виде, что очень напугало мать так как отец умер от злоупотребления алкоголем. Стал лживым и изворотливым, не стеснялся в оскорбления в адрес матери и бабушки. В 21 год появились палимпсесты, амнестические эпизоды уже в 23 года глубокие. С 26 лет амнезия опьянения носит постоянный характер. Неоднократно участвовал в драках, дважды был госпитализирован с ЧМТ, в больнице находился в среднем до двух недель. Дважды родные уговаривали его кодироваться, он соглашался, но ремиссии не было срывался через месяц после кодировки. В течение последнего года запои 10-15 дней с короткими светлыми промежутками 5-7 дней. Для нормализации соматического и психического состояния вызывал на дом нарколога. После в/в введения капельницы и назначенных препаратов становилось лучше, но вялость и апатия не уходили и для улучшения настроения и самочувствия возобновлял прием алкоголя. Начиная с пива «Балтика» -0, 5 литра (крепкое, темное) с последующим приемом водки. За последний год толерантность с 1 литра упала до 0, 5 литра водки. Последний запой 5 дней назад, пробовал выйти самостоятельно так как не было денег на платную помощь. Последний прием алкоголя два дня назад, обманул мать сказал, что вышел за сигаретами, а сам купил 250 граммов водки. Состояние не улучшалось, мать отмечает странности в поведении сына, как будто он кого-то боится и пытается спрятаться и после неоднократных разговоров и требований с ее стороны уговорила обратиться за помощь в клинику

Анамнез жизни

Родился единственным ребенком в семье рабочих. Как протекала беременность и роды матери не знает. Мать 56 лет, страдает гипертонической болезнью 2 ст. Отец умер в 30 лет, отравление суррогатами (на протяжении всей жизни злоупотреблял алкоголем). В школу пошел с 8 лет. Окончил 9 классов. Учился плохо и без интереса. Взаимоотношения в семье складывались плохие так как всегда старался врать даже когда это было не нужно. Но мама и бабушка очень любили и жалели его. В компании сверстников был пассивным и ведомым. В чужой компании чувствовал дискомфортно. Часто участвовал в драках. Обиду забывал быстро и никогда не мстил. После окончания 9 классов поступил в техникум по специальности товаровед. Там тоже учился без интереса, но окончил не плохо. Устроиться по специальности не получилось. Работал курьером, грузчиком и разнорабочим. Последние полгода не работает. Ведет иждивенческий образ жизни. Проживает в трех комнатной квартире с

матерью и бабушкой. Травмы – ЧМТ. неоднократно с потерей сознания и госпитализацией Операции- отрицает Lues, Tbs – отрицает Психических и онкологических заболеваний у ближайших родственников нет Прививки по возрасту.

Объективный статус

Соматический статус: Лицо бледное, одутловато, склеры глаз с незначительным желтушным оттенком. АД 150/120 мм рт. ст. В легких дыхание жесткое, в нижней доле справа крепитация и сухие хрипы. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. ЧСС 96 уд/мин. Язык по средней линии, обложен серым налетом. Из рта резкий «ацетоновый» запах Печень: нижний край выступает на 2-2,5 см, при пальпации плотная, умеренно болезненная. Неврологический статус: Невыраженная асимметрия лица, сухожильные рефлексы повышены, равномерны. В позе Ромберга неустойчив. Отмечается выраженный тремор пальцев вытянутых рук, стойкий красный дермографизм. Координационные пробы выполняет неуверенно, с грубым промахиванием. Психический статус: В кабинет вошел самостоятельно, присел на предложенный стул. В контакт вступает не принужденно, но с раздражением. Дистанцию не соблюдает. На вопросы отвечает односложно и не по существу не может сосредоточиться на беседе, отвлекаем, постоянно озирается. Не понимает смысла задаваемых вопросов. Речь быстрая, плохо артикулирована, сбивчивая. Импульсивен, спонтанен. Контакт малопродуктивен. Дезориентирован в месте и времени. В собственной личности ориентировка сохранена. Критика к своему состоянию отсутствует. В отделении после проведенного дезинтоксикационного, симптоматического и общеукрепляющего лечения уснул. Считает, что напрасно лежит в больнице, поскольку считает себя здоровым, не помнит, как оказался в больнице. Нарушений режима отделения не отмечено. Критика к состоянию отсутствует. Отмечается интеллектуальное снижение. Установка на отказ от алкоголя декларативная.

При первичном поступлении в клинику, для постановки диагноза и оказания медицинской помощи, следует использовать стандарт

- специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением психоактивных веществ
- первичной специализированной медико-санитарной помощи при пагубном употреблении психоактивных веществ
- специализированной медицинской помощи при пагубном употреблении психоактивных веществ
- первичной специализированной медико-санитарной помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением психоактивных веществ

В данной клинической ситуации согласно Стандарту специализированной медицинской помощи, при синдроме зависимости, вызванном употреблением психоактивных веществ, для диагностики алкогольного поражения печени среди методов лабораторной диагностики наиболее информативным является

- специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением психоактивных веществ
- первичной специализированной медико-санитарной помощи при пагубном употреблении психоактивных веществ
- специализированной медицинской помощи при пагубном употреблении психоактивных веществ
- первичной специализированной медико-санитарной помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением психоактивных веществ

Результаты лабораторного метода обследования

Результат теста на выявление нарушений, связанных с употреблением алкоголя (AUDIT) более + _____ + балла/баллов является характерным для алкогольной зависимости

- 19
- 7
- 22
- 10

Правильной диагностической группой по МКБ-10, в данной клинической ситуации будет

- 19
- 7
- 22
- 10

Диагноз

Наиболее верным определением синдрома зависимости по МКБ-10 является сочетание + _____ + явлений, при которых употребление вещества или класса веществ начинает занимать первое место в системе ценностей индивидуума

- соматических, социальных и духовных
- биологических, социальных и духовных

- соматических, поведенческих и когнитивных
- биологических, поведенческих и духовных

Для постановки диагноза «начальная стадия синдрома зависимости» по МКБ 10 достаточно + + диагностических критерия/критериев

- 1
- 2
- 4
- 3

Первостепенную роль в установлении диагноза «синдром зависимости» играет + + диагностика

- лабораторная
- психологическая
- клиническая
- экстрасенсорная

Согласно клинической классификации Еллинека, данный клинический случай соответствует + + форме алкогольной зависимости

- гамма
- бета
- дельта
- альфа

В Стандарт специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением психоактивных веществ, входит прием (осмотр, консультация)

- врача-психотерапевта первичный
- психолога
- аддиктолога первичный
- врача-психотерапевта амбулаторный

В состоянии абстиненции для устранения чувства страха, напряженности и неуверенности в себе, используются методы + + психотерапии

- суггестивной
- поведенческой
- арт-терапии
- психодрамы

Согласно клиническим рекомендациям по медицинской реабилитации больных наркологического профиля, частый признак высокого уровня реабилитационного потенциала является

- относительно позднее начало употребления алкогольных напитков (14-15лет)
- низкая толерантность к алкоголю
- наличие судорожного синдрома
- относительно позднее начало употребления алкогольных напитков (18-20 лет)

Условием эффективности медицинской реабилитации является

- относительно позднее начало употребления алкогольных напитков (14-15лет)
- низкая толерантность к алкоголю
- наличие судорожного синдрома
- относительно позднее начало употребления алкогольных напитков (18-20 лет)

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина, 32 лет, после окончания лечения в линейном отделении наркологической клиники, для закрепления ремиссии и стабилизации состояния продолжит лечение в отделение медицинской реабилитации.

Жалобы

На тревожное состояние что при выписке не удержится и снова начнет употреблять алкоголь, нарушения сна и перепады настроения в течение дня.

Анамнез заболевания

Общий стаж алкоголизации около 18 лет. Впервые попробовал алкоголь в возрасте 14 лет, в компании знакомых подростков. В последующем в этой же компании продолжил прием спиртного. В начале употребления это было пиво и джин тоник. Прием носил эпизодический характер. Исключительно для поднятия настроения и в минимальных количествах. После службы в армии, стал выпивать более крепкий алкоголь. Толерантность выросла до 2 бутылок водки. В компании сверстников бравировал своим «здоровьем», часто выпивал «на спор» большие дозы алкоголя и при этом относительно нормально чувствовал с утра. В 27-летнем возрасте отмечает палимпсесты, с 29 лет более глубокие амнестические эпизоды, а в 30 лет амнезии опьянения постоянные. В

опьянении становится безучастным, не может как раньше поддержать разговор, хочется спать. За последние два года отмечается потеря количественного и качественного контроля. Пьянство носит запойный характер с периодами воздержания до нескольких месяцев. Запои обычно возникают в конце недели, месяца или после «с получки». Питается нерегулярно. Присутствуют ложные запои и абстинентный синдром. На данный момент прошел курс дезинтоксикационной терапии и готовится к переводу в отделение медицинской реабилитации. Родственники также настаивают на дальнейшем лечении в условиях стационара.

Анамнез жизни

Родился в семье служащих. Первым и единственным ребенком. Беременность и роды матери без патологии. Раннее развитие в норме. В школу пошел с 7 лет. Учился хорошо. Среди любимых школьных предметов отмечает алгебру и физику. В течение периода обучения демонстрировал заинтересованность в учебе, участвовал в общественной жизни школы. Занимался плаванием. Взаимоотношения со сверстниками складывались дружеские. Отличался вежливостью и исполнительностью. После окончания школы поступил в институт, успешно окончил и устроился работать по специальности. В данный момент работает по специальности в частной фирме, занимается логистикой. Не женат, детей нет. Проживает совместно с родителями. Взаимоотношения в семье доброжелательные.

Объективный статус

Соматический статус. Температура тела 36,9°C. Кожные покровы лица и шеи незначительно гиперемированы. Склеры и видимые слизистой обычной окраски. Язык сухой, незначительно обложен желтым налетом. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные. АД 130/95 мм. рт. ст. ЧСС 89 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптом Пастернацкого отрицателен с двух сторон. Стул и мочеиспускание в норме. Неврологический статус. Лицо симметричное, язык по средней линии. Зрачки средней величины (D=S), реакция на свет живая. Нистагм отсутствует. В позе Ромберга неустойчив, отмечается незначительный тремор пальцев вытянутых рук. Сухожильные рефлексы симметричные, живые. Менингеальных знаков и очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Психический статус. В сознании, ориентирован во времени, месте, в собственной личности правильно. Выглядит немного старше своих лет. В беседу вступает охотно. На вопросы отвечает правильно в заданном контексте. Фон неустойчивый, ближе к сниженному. Речь тихая, внятная, последовательная. Влечение к алкоголю не отрицает, говорит этим и обусловлено его дальнейшее лечение в отделении медицинской реабилитации. Высказывает уверенное решение на отказ от спиртного. Глазами ищет помощи и поддержки. Установка на отказ от спиртного

в фазе формирования. На момент осмотра обманов восприятия не выявлено. Суицидальных мыслей не высказывает.

В данной клинической ситуации, при первичном поступлении в клинику, для постановки диагноза и оказания медицинской помощи следует использовать Стандарт + _____ + употреблении (-ем) психоактивных веществ

- специализированной медицинской помощи при пагубном
- первичной специализированной медико-санитарной помощи при пагубном
- первичной специализированной медико-санитарной помощи при синдроме зависимости, вызванном
- специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости, вызванном

В наркологической клинике к задачам психодиагностики относится

- комплексное изучение клинической аддиктологии
- изучение характеристик аффективной сферы, в том числе в контексте употребления и отказа от ПАВ
- классификация и систематизация характеристик психических расстройств не связанных с употреблением ПАВ
- классификация и систематизация характеристик аффективной сферы косвенно связанных с употреблением ПАВ

Результат теста на выявление нарушений, связанных с употреблением алкоголя (AUDIT) более + _____ + балла/баллов является характерным для алкогольной зависимости

- 21
- 17
- 13
- 6

Наиболее правильным диагнозом по МКБ-10 для данной клинической ситуации является шифр

- 21
- 17
- 13
- 6

Диагноз

Диагноз синдрома зависимости может быть поставлен при наличии 3 или более признаков по МКБ-10. Одним из них является

- сужение круга знакомств
- расширение репертуара употребления вещества
- сужение репертуара употребления вещества
- бессонница в отсутствие алкоголя

Наиболее точная формулировка клинически значимого нарушения, к которому приводит употребление алкоголя, согласно рекомендации, при сборе анамнеза по МКБ 10 для постановки диагноза «Синдром зависимости от алкоголя» является

- забвение некоторых интересов и навыков
- сильное (непреодолимое) желание принять алкоголь
- сильное (непреодолимое) желание принять алкоголь и другие ПАВ
- сильное (непреодолимое) желание принять вещества

Ранним признаком алкоголизма является

- жалоба на боли за грудиной
- жалоба на неуверенность в себе
- ухудшение координации движений
- ухудшение общего состояния

Данный клинический случай, согласно клинической классификации Еллинека, соответствует форме алкогольной зависимости

- альфа
- гамма
- дельта
- эпсилон

Немедикаментозным методом лечения, включенным в Стандарт специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением психоактивных веществ, является

- групповое кодирование
- групповая психологическая коррекция
- групповая психотерапевтическая коррекция
- групповое психокоррекционное консультирование

Непременное условие проведения психотерапии, в период лечения является соблюдение

- трезвости пациентом
- комплаенса между врачом и пациентом
- трезвости врачом
- комплаенса между врачом и родственниками пациента

Частым признаком среднего уровня реабилитационного потенциала при алкоголизме, согласно клиническим рекомендациям по медицинской реабилитации больных наркологического профиля является

- наличие палимпсестов алкогольного опьянения
- продолжительность заболевания не более 2-3 лет
- наличие частичных палимпсестов алкогольного опьянения
- отсутствие палимпсестов алкогольного опьянения

Выделяют условия, зависящие от объема и качества предоставляемых медицинской организацией услуг, которыми определяется эффективность медицинской реабилитации. Одним из этих условий будет

- наличие палимпсестов алкогольного опьянения
- продолжительность заболевания не более 2-3 лет
- наличие частичных палимпсестов алкогольного опьянения
- отсутствие палимпсестов алкогольного опьянения

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина, 40 лет неделю назад выписана из линейного отделения, где находилась в течение 21 дня. Ей было предложено для закрепления состояния и отказа от употребления алкоголя продолжить лечение в отделение медицинской реабилитации, но по семейным обстоятельствам она отказалась. И, на данный момент, находилась на амбулаторном наблюдении под наблюдением врачей психиатра-нарколога и психотерапевта.

Жалобы

При поступлении предъявляет жалобы на расстройство сна, раздражительность, неудержимое желание выпить.

Анамнез заболевания

Первая проба алкоголя в 21 год в компании однокурсников. Выпила 3-4 бокала шампанского. Закружилась голова и потеряла сознание. Головная боль не проходила в течение двух дней. Начало регулярного употребления алкогольных напитков с 25 лет - 0,5-0,7 л шампанского. Через 2-2,5 года – утрата количественного контроля, рост суточной толерантности до 1-2 л вина, начинает

употребление алкоголя как средство для снятия физического и душевного напряжения, как «лекарство» без внутренней борьбы, не думая о последствиях. Синдрома отмены не отмечает. Неделю назад выписана из клиники. Сестра пациентки настояла на необходимости дальнейшего лечения в условиях стационара в отделении медицинской реабилитации.

Анамнез жизни

Родилась первым ребенком в семье рабочих. Как протекала беременность и роды матери не знает. Сестра -21 года, практически здорова. Раннее развитие в пределах нормы. Фрагментарно помнит себя с 7 лет. Окончила 10 классов. Училась до 8 класса на хорошо и отлично. Все дисциплины давались хорошо. Отличалась великолепной памятью, часто участвовала в конкурсах по литературе, где читала стихи. Взаимоотношения со старшими товарищами и одноклассниками «складывались отличные». После окончания школы поступила в институт, но не закончила его, так как вышла замуж и родила дочь, но потом восстановилась и окончила. Работает в частной фирме заместителем генерального директора. Часто бывает в командировках и на совещаниях, после которых успешно завершённое дело отмечают в ресторанах. Проживает в отдельной квартире с мужем и ребенком.

Объективный статус

Соматический статус при поступлении: Кожные покровы бледные. Склеры глаз и видимые слизистой обычной окраски. АД 130/100 мм рт. ст. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные. ЧСС 98 уд/мин. Печень: нижний край выступает на 1 см от края реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание в норме. Неврологический статус при поступлении: Лицо симметрично, сухожильные рефлексы сохранены, равномерны. Патологических рефлексов не обнаружено. В позе Ромберга устойчива. Невыраженный тремор пальцев вытянутых рук. Координационные пробы выполняет уверенно, без ошибок. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Психический статус при поступлении: Внешний вид опрятный, соответствует возрасту. В месте, времени и собственной личности ориентирована правильно. Сознание ясное. Поведение доброжелательное, контакту доступна. В беседу вступает охотно. Высказывает установку на отказ от спиртного, строит планы на дальнейшую жизнь. Благодарна сестре и родным за их поддержку. Эмоциональный фон остается неустойчивым, при упоминании о проблемах, доставленных родным начинает плакать. Речь грамматически и логически построена верно. Интеллект соответствует полученному образованию. Нарушений в интеллектуально-мнестической сфере не выявлено. Критика к заболеванию и мотивация к трезвому образу жизни декларативная. Суицидальных мыслей не высказывает.

В данной клинической ситуации, при первичном поступлении в клинику, для постановки диагноза и оказания медицинской помощи нужно применять Стандарт вызванном (-ой) употреблением психоактивных веществ

- специализированной медицинской помощи
- первичной специализированной медико-санитарной помощи
- первичной специализированной медико-санитарной помощи при синдроме зависимости
- специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости

К задачам, которые выполняет психодиагностика в наркологической клинике, относят

- классификацию и систематизацию характеристик аффективной сферы косвенно связанных с употреблением ПАВ
- классификацию и систематизацию характеристик психических расстройств не связанных с употреблением ПАВ
- изучение характера употребления ПАВ, мотивации употребления ПАВ и мотивации отказа от ПАВ
- изучение характера употребления ПАВ с клинической стороны, лабораторных данных вследствие употребления ПАВ

Результат теста на выявление нарушений, связанных с употреблением алкоголя (AUDIT) более + + балла/баллов, является характерным для опасного употребления алкоголя и употребления алкоголя с вредными последствиями

- 12
- 7
- 22
- 18

В данной клинической ситуации наиболее правильным диагнозом по МКБ-10 будет шифр

- 12
- 7
- 22
- 18

Диагноз

Диагноз синдрома зависимости может быть поставлен при наличии 3 или более признаков по МКБ-10. Одним из них является

- сниженная способность контролировать прием вещества
- сниженная способность контролировать свою жизнь
- бессонница в отсутствие алкоголя
- сниженная способность концентрации внимания

Наиболее точная формулировка клинически значимого нарушения, к которому приводит употребление алкоголя, согласно рекомендации, при сборе анамнеза по МКБ 10 для постановки диагноза «Синдром зависимости от алкоголя» является

- забвение основных интересов и обязанностей
- сильное (непреодолимое) желание принять вещества
- сильное (непреодолимое) желание принять алкоголь и другие ПАВ
- забвение некоторых интересов и навыков

Ранние признаки алкоголизма могут включать в себя

- нарушение координации движений
- алкогольный параноид
- психопродуктивные расстройства в состоянии опьянения
- расстройства сна

Выделяют формы алкогольной зависимости, согласно клинической классификации Еллинека. Данному клиническому случаю соответствует форма

- альфа
- гамма
- эpsilon
- дельта

Ряд немедикаментозных методов лечения входят в Стандарт специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением психоактивных веществ. Одним из них будет

- психотерапия
- личностно-ориентированная психотерапия
- психотерапевтическое кодирование
- логотерапия

В период лечения непременным условием проведения психотерапии является

- формирование мотивации восстановления социальных контактов
- соблюдение правил внутреннего распорядка
- соблюдение трезвости пациентом
- формирование мотивации лечения

Выделяют частые признаки среднего уровня реабилитационного потенциала при алкоголизме согласно клиническим рекомендациям по медицинской реабилитации больных наркологического профиля. Одним из них является

- продолжительность заболевания не более 3 лет
- наличие частичных палимпсестов алкогольного опьянения
- запойный тип пьянства
- периодический тип пьянства

Эффективность медицинской реабилитации определяется некоторыми условиями, зависящими от объема и качества предоставляемых медицинской организацией услуг. Одним из них будет

- продолжительность заболевания не более 3 лет
- наличие частичных палимпсестов алкогольного опьянения
- запойный тип пьянства
- периодический тип пьянства

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 60 лет поступает в сопровождении дочери и внучки в приемное отделение наркологической клиники.

Жалобы

На общую слабость, плохое самочувствие, головокружение, бессонницу, шаткость походки.

Анамнез заболевания

Общий стаж алкоголизации более 25 лет. Пьянство носило запойный характер. Вынужденная ремиссия в течении 5 лет, после убийства мужа, находилась в местах лишения свободы. Употребляли алкоголь вместе и в пьяной драке нанесла ножом смертельный удар. После освобождения вновь начала употреблять алкоголь, но самостоятельно госпитализировалась и после прохождения курса лечения дезинтоксикационной терапии и курса по

программе реабилитации находилась на амбулаторном наблюдении. Срыв произошел 10 дней назад, по причине встречи со старой знакомой, с которой вместе отбывали срок. Пьянство продолжалось в течение 10 дней, пока ее дочь не вернула домой. Пробовали справиться самостоятельно, но все-таки решили обратиться за профессиональной помощью.

Анамнез жизни

Родилась в многодетной семье, вторым ребенком. Отец-столяр, умер от инфаркта в 60 летнем возрасте. Мать-домохозяйка, умерла 70 лет инсульт. Росла и развивалась в соответствии возрасту. В школу пошла с 8 лет. Окончила 8 классов. Училась посредственно, так как много помогала матери по дому и часто оставалась с младшими, когда они болели. По характеру всегда была очень общительной, сильной, волевой, любит чистоту и порядок. После окончания 8 классов окончила медицинское училище. Училась хорошо и с удовольствием. Вышла замуж. В браке родила двоих детей. Муж любил выпить, незаметно для себя начала употреблять вместе с ним. Потерял работу. Была лишена родительских прав. В очередной пьяной попойки нанесла два смертельных удара кухонным ножом. После вынесения приговора отбывала срок в 5 лет, там работала в изоляторе санитаркой. После освобождения до выхода на пенсию работала няней в детском доме. В настоящее время на пенсии. Проживает с дочерью и внучкой.

Объективный статус

Соматический статус. Среднего роста, нормального питания. Кожные покровы бледные, видимые слизистые чистые. Язык сухой, обложен белым налетом. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные. АД 180/110 мм. рт. ст. ЧСС 85 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень +2 см. Температура тела 36,5°C. Симптом поколачивания по пояснице отрицателен с двух сторон. Физиологические отправления в норме. Неврологический статус. Лицо симметричное, язык по средней линии. Зрачки равны (D=S), реакция на свет вялая. В позе Ромберга пошатывается, ПНП выполняет с трудом. Тремор пальцев вытянутых рук. Сухожильные рефлексы симметричные, снижены. Отмечается мелкокорзинчатый горизонтальный нистагм. Чувствительность снижена на нижних конечностях. Психический статус. В сознании, ориентирована во времени, месте, в собственной личности правильно. Одеты опрятно. Фон настроения снижен, плаксива. Речь тихая, вялая. В беседу вступает не охотно, соблюдает дистанцию, немногословна. Влечение к алкоголю отрицает. Отвечает на поставленные вопросы в плане заданного. Критика к заболеванию формальная. Обращение за помощью вызвано инициативой дочери. Установка на лечение ситуационно-вынужденная.

В данной клинической ситуации согласно Стандарту специализированной медицинской помощи, при синдроме зависимости, вызванном употреблением психоактивных веществ, для диагностики алкогольного поражения печени среди методов лабораторной диагностики наиболее информативным является

- продолжительность заболевания не более 3 лет
- наличие частичных палимпсестов алкогольного опьянения
- запойный тип пьянства
- периодический тип пьянства

Результаты лабораторного метода обследования

Результат теста на выявление нарушений, связанных с употреблением алкоголя (AUDIT) более + _____ + балла/баллов является характерным для алкогольной зависимости

- 19
- 18
- 15
- 22

Исходя из данной клинической ситуации, врач приемного покоя должен поставить пациенту диагноз

- 19
- 18
- 15
- 22

Диагноз

К наиболее информативным методам диагностики в пользу диагноза относят

- лабораторную диагностику
- клиническую диагностику
- инструментальные методы исследования
- физикальное обследование

Наиболее информативным признаком в пользу диагноза является

- нарушение мышления
- обращение за помощью по инициативе близких
- наличие психической зависимости

- состояние отмены

Алгоритм лечебных мероприятий для данной больной включает назначение + _____ + как одного из комплекса лечения ААС

- адекватной инфузионной терапии
- пролонгированных форм нейролептиков
- промывания желудка и назначение транквилизаторов
- адекватной терапии ксеноном

Психотерапевтическое лечения больной

- не показано
- ограничивается короткими интервью
- должно проводится в полном объеме, как при синдроме зависимости
- резко ограничено

Основной задачей психотерапевтического воздействия на пациентку является

- вовлечение в программу 12 шагов
- проведение эмоционально-стрессовой терапии
- вовлечение и ее удержании в лечебной программе
- участие в групповой психотерапии

Психотерапия больной предполагает

- проведение семейной психотерапии
- проведение предметно-опосредованной психотерапии
- вовлечение в программу - 12 шагов
- проведение эмоционально-стрессовой терапии

Следует помнить, что метод определения карбогидрат-дефицитного трансферрина в сыворотке крови (CDT)

- более чувствителен у мужчин
- менее чувствителен у мужчин
- одинаково чувствителен, как у мужчин, так и у женщин и
- более чувствителен у женщин

Определение некоторых показателей позволяет достигнуть 100% чувствительности и 90% специфичности для определения злоупотребления алкоголем. К данным показателям относится определение

- холестерина и триглицеридов
- общего и прямого билирубина

- АлАТ и щелочной фосфатазы
- ГГТ и АсАТ

Лабораторные биомаркеры позволяют

- холестерина и триглицеридов
- общего и прямого билирубина
- АлАТ и щелочной фосфатазы
- ГГТ и АсАТ

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В приемный покой наркологической клиники обратилась женщина 22 лет в сопровождении матери и по ее настоянию. У дочери беременность 26 недель, а она продолжала курить. Воздержание от сигарет в течение 10 дней

Жалобы

На сниженное настроение, некоторую необоснованную агрессивность, нарушение сна и нежелание отказываться от приема сигарет

Анамнез заболевания

Курить начала рано, с 14 лет. Сначала просто «баловалась», а потом «втянулась». Бросать никогда не пробовала, да и не хотела. В среднем выкуривает больше двух пачек сигарет. С 12 месяцев беременности сократила до 1 пачки сигарет. Врач в женской консультации настаивает на отказе от курения, приводит доводы о вреде курения. Мать тоже курящая женщина, решила своим примером наставить дочь и отказалась от сигарет. Пациентка тоже попыталась отказаться, но это привело к выше указанным жалобам.

Анамнез жизни

Родилась в семье ученых, первым и единственным ребенком. При беременности матери отмечался токсикоз в 1 половине беременности. Мать очень много курила, с прекращением курения ситуация нормализовалась. Роды в срок, путем кесарева сечения, из-за обвития пуповиной и ягодичного предлежания. По шкале Апгар 7-8 баллов. Состояла до года на учете у невролога, по поводу повышенного гипертонуса. Раннее развитие без особенностей. Посещала ясли и детский сад, но чаще находилась с няней так как плакала так что никто не мог справиться. Росла в любви и заботе. Очень опекаемая родителями. Без материнского одобрения не могла принять ни одного решения. Это очень расстраивало девочку, так ей хотелось самой принимать решения. Окончила 11 классов. Училась на отлично. Занималась спортивной гимнастикой. Считает себя

лидером. Взаимоотношения в семье и в школе с одноклассниками складывались прекрасные. Родители часто уезжали в командировки, и весь класс собирался у них дома. Легко давались языки, и к окончанию школы в совершенстве владела английским и немецким языками, что и послужило выбором института. На первом курсе вышла замуж, так «очень хотела сбежать из дома» из-за чрезмерной опеки со стороны матери. Проживают с родителями мужа.

Объективный статус

Правильно ориентировка в месте, времени и собственной личности. Внешне опрятна. Контакт доступен. В беседе держится напряженно. Постоянно оглядывается на мать. Неусидчива, во время беседы часто меняет положение тела. Последние два года по настоянию матери пытается прекратить курить. Неуспешные попытки объясняет, что это было не ее желание, а матери. Со слов больной последние два года мать стала проявлять чрезмерную заботу о ее здоровье. В связи с беременностью дочери мать стала контролировать ее питание, настаивать на различных обследованиях, которые, по ее мнению, необходимы. Многократно в течение дня узнавать о ее самочувствии, диктовать модель поведения дочери и даже отказалась от курения чтобы быть положительным примером для дочери. Общее состояние удовлетворительное. Аппетит сохранен. Температура тела 36,7°C. АД – 120/80 мм рт. ст, ЧСС – 89 уд. в мин. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Для постановки диагноза больной необходимо провести

- холестерина и триглицеридов
- общего и прямого билирубина
- АлАТ и щелочной фосфатазы
- ГГТ и АсАТ

Результаты обследования

Необходимым патопсихологическим исследованием для больной при постановке диагноза Синдром зависимости от табака является

- тест Фагерстрома
- госпитальная шкала депрессий – HADS
- шкала Гамильтона для оценки тревожного состояния
- модифицированный тест Фагерстрома

Исходя из данной клинической ситуации, наиболее вероятной диагностической группой по МКБ-10 будет

- тест Фагерстрома
- госпитальная шкала депрессий – HADS
- шкала Гамильтона для оценки тревожного состояния
- модифицированный тест Фагерстрома

Диагноз

Учитывая психические проявления, наблюдаемые у мужа больной можно предположить

- явление социопатии
- явление созависимости
- нравственно-этические нарушения
- явление расстройства личности

Одним из ведущих методов лечения табакокурения является

- психокоррекция
- иппотерапия
- гипнотерапия
- психотерапия

Для повышения мотивации пациентки к отказу от табака необходимы

- сеансы рациональной психотерапии
- краткосрочные советы на каждом визите для усиления мотивации
- патопсихологическое обследование и выявление предикторов срыва
- продолжительные беседы с больной и ее родственниками

Созависимость матери больной является

- одним из факторов формирования доверительных отношений
- фактором рецидива
- одним из факторов становления ремиссии
- пусковым механизмом в формировании депрессии

Лечить никотиновую зависимость у больной рекомендуется

- в первый триместр беременности
- после психологическая адаптация матери к ребенку
- после родов, при условии искусственного кормления ребенка
- на протяжении всего срока беременности

В процессе преодоления созависимости матери больной рекомендуется

- сочетание программ специальной групповой психотерапии (ПТ) с сеансами индивидуальной, супружеской и семейной ПТ
- назначение психофармакотерапии
- сочетание гипнотерапии с сеансами эмоционально-стрессовой психотерапии
- выявление личностных особенностей матери и на основании этого проведение разъяснительных бесед

Современная биопсихосоциальная модель лечения психических расстройств и расстройств поведения, связанных с употреблением ПАВ, предполагает

- интегративность мишеней лечебного воздействия
- многоплановость мишеней лечебного воздействия
- многоплановость мишеней психологического воздействия
- интегративность взаимодействия между врачом и пациентом

Актуальность наркологических проблем определяется их медицинскими, социальными, экономическими и духовными потерями для общества, поскольку алкоголизм и наркомания являются

- распространенными социально опасными заболеваниями
- самыми распространенными социально значимыми заболеваниями
- распространенными социально значимыми заболеваниями
- самыми распространенными социально и культурно значимыми заболеваниями

При установке диагноза синдрома зависимости от табака необходимо, согласно МКБ-10

- распространенными социально опасными заболеваниями
- самыми распространенными социально значимыми заболеваниями
- распространенными социально значимыми заболеваниями
- самыми распространенными социально и культурно значимыми заболеваниями

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В амбулаторное отделение наркологической клиники обратилась женщина 48 лет с желанием отказаться от приема сигарет.

Жалобы

На частый кашель в течение дня и особенно в утреннее время, снижения настроения при самостоятельном отказе от курения.

Анамнез заболевания

Курить начала еще в школе с 12 лет. Отмечает что тогда это было модно и не заметно для себя втянулась. Не может даже представить, что ее день не начнется с чашечки кофе и сигареты. Считает, что это как ритуал ее дня, что дым не причем, а вот стереотип поведения — это идея фикс. Начинала курить с двух минимум трех сигарет в день. В настоящее время выкуривает по две пачки ежедневно. При невозможности закурить или отсутствии сигарет, становится вспыльчивой, раздражительной, появляется бессонница. Год назад был поставлен диагноз – хронический бронхит с астматическим компонентом. Врач рекомендовала отказаться от сигарет или хотя бы снизить употребление до минимума. Пробовала самостоятельно отказаться, но поняла, что не сможет без помощи врача.

Анамнез жизни

Мать и отца не помнит. Выросла в детском доме. По характеру была спокойная и доброжелательная, но умела за себя постоять. Хорошо училась в школе. Помогала детям младших классов выполнять домашнее задание. Всегда приходила на помощь всем. Мечтала о большой семье и работе учителем. С восьми лет начала отлично рисовать и это ее сильно увлекло, что и послужило в дальнейшем при выборе профессии. Поступила в институт и с отличием его окончила. Работает по специальности художником-оформителем. Устраивает свои частные вернисажи. Замужем. Имеет двоих детей. Операции – аппендэктомия в детском возрасте Травмы отрицает

Объективный статус

* Ориентирована в месте, времени и собственной личности правильно. Внешне опрятна. Контакту доступна. В беседе вступает охотно, держится свободно. Высказывает сожаление что не может сократить количество сигарет. Отмечает, что не может даже представить, что ее день не начнется с чашечки кофе и сигареты. Считает, что это как ритуал ее дня, что дым не причем, а вот стереотип поведения — это идея фикс. После вынужденного отказа от курения отмечает появление дисфории, раздражительности, нарушении сна и усиление кашля не только в ночное время, но и в течение дня. Несмотря на предупреждения врача фтизиатра от курения полностью отказываться от него не планирует. Муж пациентки к курению жены относится пассивно, однако пациентка отмечает навязчивую заботу о ее здоровье. Многократные звонки мужа ей в течении дня. Отмечает, что муж настаивает на сдаче различных анализов. Говорит, что это третья консультация за месяц. До этого

консультировалась у кардиолога и терапевта. Во время консультации муж больной постоянно перебивает врача. Задает уточняющие вопросы, оспаривает решения врача, предпочитает в разговоре говорить в основном «мы», это сильно нервирует пациентку. Фон настроения лабильный. Критика к заболеванию отсутствует. Установка на отказ от сигарет сомнительная. * Температура тела 36,7°C. * АД – 130/90 мм. рт. ст., ЧСС – 89 уд. в мин. Тоны сердца несколько приглушены. * В легких дыхание жесткое. Хрипы в нижних отделах легких. * Живот мягкий, безболезненный, справа рубец после аппендэктомии. Печень и селезенка не увеличены. * Очаговой и менингеальной симптоматики не выявлено

Для постановки диагноза больной необходимо провести инструментальное исследование. Таким исследованием является

- распространенными социально опасными заболеваниями
- самыми распространенными социально значимыми заболеваниями
- распространенными социально значимыми заболеваниями
- самыми распространенными социально и культурно значимыми заболеваниями

Результаты инструментального метода обследования

Наиболее нужным патопсихологическим исследованием для больной при постановке диагноза в условиях данной клинической задачи является

- модифицированный тест Фагерстрома
- госпитальная шкала депрессий – HADS
- шкала Гамильтона для оценки тревожного состояния
- тест Фагерстрома

При постановке диагноза синдрома зависимости от табака, согласно МКБ-10, необходимо наличие

- 3 и более симптомов, наблюдающихся на протяжении 12 месяцев
- не менее 7 симптомов, на протяжении 15 месяцев
- не более 3 симптомов, наблюдающихся в течении полугода
- не менее 2 симптомов, на протяжении месяца

Наиболее вероятной диагностической рубрикой, опираясь на критерии МКБ-10, будет

- 3 и более симптомов, наблюдающихся на протяжении 12 месяцев
- не менее 7 симптомов, на протяжении 15 месяцев
- не более 3 симптомов, наблюдающихся в течении полугода

- не менее 2 симптомов, на протяжении месяца

Диагноз

Учитывая статус мужа больной, можно предположить

- параноидное расстройство личности
- нравственно-этические нарушения
- шизоидное расстройство личности
- созависимость

Тактика лечения данного пациента руководствуется

- стандартом первичной специализированной медико-санитарной помощи при пагубном употреблении психоактивных веществ
- стандартом специализированной медицинской помощи при психотическом расстройстве, вызванном употреблением психоактивных веществ
- клиническими рекомендациями синдрома зависимости от табака, синдрома отмены табака у взрослых
- стандартом специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением психоактивных веществ

При никотиновой зависимости высокой и очень высокой степени (тест Фагерстрема более 8 баллов), что более характерно для синдрома отмены табака, строго рекомендуется назначение комбинации

+ _____ + терапии

- логотерапии и фармакологической
- поведенческой и фармакологической
- поведенческой и арт
- поведенческой и витаминной

Поведенческая терапия проводится в течение всего периода лечения и строится на ряде принципов, одним из которых является

- выявление соматических нарушений
- определение когнитивных нарушений
- выявление личностных особенностей больной
- выявление мыслей об употреблении табака или никотина

Реабилитация данной пациентки

- не требуется

- показана при сохранении аффективных нарушениях
- показана
- показана при нарушении критики к заболеванию

Профилактика данной пациентки в условиях диспансерного наблюдения

- показана
- показана при нарушении критики к заболеванию
- не требуется
- показана при сохранении аффективных нарушениях

Рекомендуется после окончания курса лечения от никотиновой зависимости проведение профилактической беседы с пациентом, направленной на

- предотвращение нового потребления табака
- разъяснительные беседы с семьей пациента
- предотвращение нового потребления любых ПАВ
- динамическое наблюдение в диспансере

При лечении беременных женщин рекомендуется проведение

- предотвращение нового потребления табака
- разъяснительные беседы с семьей пациента
- предотвращение нового потребления любых ПАВ
- динамическое наблюдение в диспансере

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Молодой человек 29 лет обратился к врачу психиатру-наркологу по инициативе жены. На прием пришел с ней.

Жалобы

На тягу к приему психоактивных веществ, бессонницу, плохое настроение, тревогу, «кошмарные» сновидения.

Анамнез заболевания

Впервые наркотические препараты попробовал в 18 лет. В то время употреблял «план», марихуану. Со слов пациента «курил не систематически, в компаниях с друзьями». В 20 лет впервые попробовал амфетамины. Принимал интраназально. Через два-три месяца начал употреблять систематически. Постепенно для получения желаемого эффекта доза наркотического препарата увеличивалась. Когда больному было 25 лет прошел лечение в

наркологической клинике. Не употреблял более двух лет. Женится, успешно работает. Около года назад возобновил прием психоактивных веществ. Стал принимать мефедрон интраназально. Употребляет «время от времени, два-три раза в неделю», иногда прием носил циклический характер из серий потребления наркотика до нескольких дней. В дни употребления принимает наркотическое средство практически каждые три-четыре часа. В настоящее время перешел на внутривенный прием. Эпизодически продолжал прием каннабиноидов. Со слов больного, последнее употребление мефедрона, за 4 дня до настоящего обращения, марихуаны за две недели.

Анамнез жизни

* Из родственников никто к психиатрам и наркологами не обращался. * Не курит
* Из перенесенных заболеваний детские инфекции; * Женат, сыну 2 года *
Работает менеджером в торговой компании

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». Указывает, на то, что не считает мефедрон сильным наркотиком, «работать и жить не мешает». За время 20-минутной беседы больной отмечает быструю утомляемость, просит перенести продолжение беседы, так как чувствует сильную усталость. Временами повышает голос, злится, что его не понимают. Настроение снижено, несколько тревожен. 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 следы от инъекций.

Психиатрическое (наркологическое) освидетельствование данного больного проводится

- только при наличии судебного решения
- при наличии письменного добровольного информированного согласия пациента
- при наличии письменного добровольного информированного согласия жены
- при наличии устного согласия пациента

Мефедрон относится к наркотической группе

- галлюциногенов

- опиоидов
- стимуляторов
- летучих растворителей

У данного пациента, наркотические вещества, не будут выявляться в

- волосах
- лимфе
- ногтях
- моче

Данному больному целесообразно провести

- одномоментный иммунохроматографический тест
- одномоментный окклюзионный тест
- тест Купера
- тест Люшера

На момент осмотра больного в соответствии с критериями МКБ-10 следует выставить диагноз

- одномоментный иммунохроматографический тест
- одномоментный окклюзионный тест
- тест Купера
- тест Люшера

Диагноз

Для состояния опьянения, вызванного употреблением стимуляторов, характерно

- возбуждение, повышенное настроение, артериальная гипотония, повышенный аппетит
- заторможенность, редкое дыхание, пониженный аппетит, артериальная гипотония
- вялость, апатия, редкое дыхание, пониженный аппетит
- возбуждение, повышенное настроение, артериальная гипертензия, снижение аппетита

В постинтоксикационном периоде состояние больного характеризуется

- дисфорией, гиперактивностью
- гиперактивностью, возбуждением
- отвращением к наркотику, сниженным настроением
- вялостью, дисфорией

Данный пациент

- не нуждается в лечении
- нуждается только в психотерапевтическом лечении
- нуждается только в медикаментозном лечении
- нуждается в комплексном (психофармакологическом и психотерапевтическом) лечении

Специфическая терапия при лечении абстинентного синдрома при употреблении психостимуляторов

- проводится ноотропными препаратами
- на данный момент не разработана
- проводится анксиолитиками
- проводится антипсихотическими препаратами

Препаратами выбора, способствующими снижению патологического влечения в психостимуляторам, являются

- нейропептиды и их аналоги
- селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
- пиперазиновые производные
- ингибиторы моноаминоксидазы

Тяжелым осложнением при использовании СИОЗС является

- серотониновый синдром
- желудочное кровотечение
- синдром нарушения дыхания
- злокачественный нейролептический синдром

Психомотрное возбуждение при остром отравлении производными фенэтиламина (амфетамин, МДПВ, мефедрон и др) целесообразно купировать назначением

- серотониновый синдром
- желудочное кровотечение
- синдром нарушения дыхания
- злокачественный нейролептический синдром

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 36 лет обратилась к врачу психиатру-наркологу для госпитализации в стационар, на прием пришел с женой.

Жалобы

На разбитость, сниженное настроение тягу к приему алкоголя, плохой сон

Анамнез заболевания

В первый раз пробовал спиртные напитки на первом курсе института. Вначале пил легкие вина, пиво в компаниях друзей, затем перешел на употребление крепких спиртных напитков: пил водку, коньяк. Со слов больного, в то время употреблял алкоголь как «все молодые люди» «по праздникам, в компаниях друзей», выпивал до 150 мл водки в сутки, один-два раза в месяц. Употребление спиртного никак не отражалось на посещении института и успеваемости. На 4 курсе женился на сокурснице, через год родился ребенок. Постепенно отношения в семье испортились, стали возникать частые конфликты из-за пустяков. Стал пить чаще и в больших количествах. Постепенно сформировался похмельный синдром с головной болью, снижением настроения, тошнотой. Начал пить запоями по 4-6 дней, со светлыми промежутками до 2-х месяцев. В то время выпивал до 500 мл водки в сутки. Стали возникать проблемы на работе, часто приходил на работу в алкогольном опьянении, стал употреблять алкоголь даже во время работы. Отмечал амнезию периода опьянения. Изменился по характеру: стал злобным, злопамятным, временами становился агрессивным по отношению к родственникам. Около четырех лет, после «большого конфликта с женой», самостоятельно, без лечения прекратил употребление алкоголя, не пил около года. Однако, в дальнейшем возобновил прием спиртного, сразу же стал пить запоями по 10-12 дней. В начале 2018 года по настоянию родственников лечился от алкоголизма амбулаторно. Через 3 месяца вновь возобновил прием алкоголя. Последнее время больной пьет запоями по 10-12 дней. Выпивает до 700 мл водки в сутки. Пьет в основном водку, часто чередует употребление водки и пива. Несколько раз в течении последнего года, амбулаторно на дому получал внутривенные вливания.

Анамнез жизни

* Мать в возрасте 55 лет от онкологического заболевания, спиртное не употребляла * Отец погиб в возрасте 60 лет в ДТП, выпивал «в меру». * Не курит * Из перенесенных заболеваний: детские инфекции; в 23 перелом тазовых костей (ДТП) * Женат * Работает юристом (частная практика)

Объективный статус

Больной свободно заходит в кабинет для беседы. Сидит в однообразной позе, опустив голову и положив руки на колени. Голос тихий, ясный. Выражение лица несколько печальное, озабоченное. На задаваемые вопросы отвечает

правильно, но односложно, часто перед ответом некоторое время молчит, объясняя это обдумыванием ответа. С чувством стеснения рассказывает о своем пристрастии к алкоголю, в разговоре неоднократно упоминает слово болезнь. Сообщает, что регулярно употребляет алкоголь более 15 лет, однако чувство непреодолимого желания в его приеме возникло около 10 лет назад. Тогда же, с его слов, злоупотребление стало носить запойный характер с продолжительностью запоев до 7 дней и светлыми промежутками до 2-3 месяцев. В настоящее время продолжительность запоев увеличилась до 12 дней. Когда речь заходит о спиртных напитках, оживляется, начинает жестикулировать, с интересом рассказывает об алкогольных эксцессах, о любимых сортах спиртных напитков. Говорит, что и сейчас бы выпил. Фон настроения несколько снижен. Все виды ориентировки сохранены. Острой психотической симптоматики на момент осмотра не выявлено. Память на отдельные события и даты, внимание снижено. Суицидальные мысли отрицает. Последнее употребление алкоголя за 10 дней до настоящего обращения

Госпитализация больного в стационар наркологического (психиатрического) профиля осуществляется

- при наличии письменного согласия жены
- при наличии устного добровольного согласия пациента
- только при наличии судебного решения
- только при наличии письменного информированного добровольного согласия пациента

Для дальнейшего обследования и лечения в психиатрическом (наркологическом) стационаре необходимо провести

- при наличии письменного согласия жены
- при наличии устного добровольного согласия пациента
- только при наличии судебного решения
- только при наличии письменного информированного добровольного согласия пациента

Результаты обследования

В соответствии с критериями МКБ-10 больному следует выставить диагноз

- при наличии письменного согласия жены
- при наличии устного добровольного согласия пациента
- только при наличии судебного решения
- только при наличии письменного информированного добровольного согласия пациента

Диагноз

На момент осмотра ведущим синдромом является

- патологическое влечение к алкоголю
- абстинентный
- алкогольная деградация
- амнестический

В данном случае определяется + _____ + стадия алкоголизма

- II
- III
- IV
- I

С большой долей вероятности можно говорить, что у данного пациента наблюдается + _____ + темп прогрессивности алкоголизма

- средний
- очень высокий
- высокий
- низкий

У пациента злоупотребление алкоголем протекает (форма злоупотребления) по типу

- псевдозапоев
- постоянного пьянства на фоне высокой толерантности
- постоянного пьянства на фоне низкой толерантности
- истинных запоев

Лабораторные данные пациента указывают на формирование у него алкогольного

- миокардита
- эндокардита
- гепатита
- острого панкреатита

К сенсбилизирующим средствам при терапии алкогольной зависимости не относится

- налтрексон
- метронидазол

- дисульфирам
- цианамид

Характерным побочным эффектом при приеме дисульфирама не является

- металлический привкус во рту
- неврит зрительного нерва
- повышение массы тела
- потеря памяти

В постабстинентном состоянии, для поддержания ремиссии, пациенту рекомендовано назначить

- сульфозин
- налтрексон
- витамины группы В
- хлорпромазин

Рекомендованная средняя суточная доза налтрексона составляет + _____ + мг

- сульфозин
- налтрексон
- витамины группы В
- хлорпромазин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 55 лет находится в отделении наркологии, дежурный врач-психиатр-нарколог вызван по требованию дежурной медицинской сестры

Жалобы

Активно медицинских жалоб не высказывает

Анамнез заболевания

Госпитализировался в наркологическую клинику накануне утром. Со слов дежурного медперсонала и по данным медицинской документации больной поступил в отделение в состоянии алкогольного опьянения. Проводилась инфузионная терапия (NaCl 800,0+MgSO₄ 10,0+KCl 10,0), финлепсин до 400 мг в сутки, феназепам до 4 мг в сутки, витаминотерапия. 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, быстрым шагом ходил по

отделению, кричал, что у него «украли все вещи», что вокруг «террористы», и за него «некому заплатить выкуп». Требовал отпустить его, считал что находится в плену у террористов. Периодически подбегал к окну, садился на подоконник и никого к себе не подпускал. Пытался забаррикадировать дверь кроватями. Кричал в окно, требовал вызвать полицию, армию. 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 20-25 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 * отец больного злоупотреблял алкоголем, умер в возрасте 75 лет от «цирроза печени», 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 несколько ЧМТ, полученных в драках, контузия * женат, есть двое сыновей * работает мастером на заводе

Объективный статус

Возбужден, агрессивен. На контакт с врачом идет крайне неохотно. При приближении врача, начинает кричать в окно. Считает, что его похитили и незаконно удерживают в качестве заложника. Обращаясь к врачу говорит «вы у них главный, я знаю». Говорит, что за дверью слышит «лязганье затворов, переговоры на арабском языке». После уговоров соглашается побеседовать. При предъявлении ему чистого листа, говорит, что на нем написаны требования террористов. Требуем вызвать полицию, т.к. только они могут «разобраться в ситуации». При просьбе врача поговорить с представителем полиции, 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.

В первую очередь необходимо

- фиксировать больного
- оставить под наблюдением дежурного мед персонала
- ничего не предпринимать
- вызвать полицию и дожидаться их приезда

О фиксации больного решение принимает

- консилиум врачей
- дежурная медсестра

- главный врач
- врач-психиатр (врач-психиатр-нарколог)

У больного наблюдаются симптомы психического расстройства, в том числе

- псевдогаллюцинации, конверсионные симптомы, апрозексия
- парамнезии, навязчивые идеи, псевдогаллюцинации
- амбивалентность, вербигерации, галлюцинации
- галлюцинации, бред, ажитация

Настоящее состояние больного расценивается как + _____ + синдром

- парафренный
- онейроидный
- гебефренический
- делириозный

В соответствии с критериями МКБ-10 больному следует выставить диагноз

- парафренный
- онейроидный
- гебефренический
- делириозный

Диагноз

На момент осмотра, у данного пациента определяется симптом

- Ласега
- Альфельда
- Кернига
- Ашаффенбурга

Чтение больным несуществующего текста на чистом листе бумаги – это симптом

- Рейхарта
- Корсакова
- Ганзера
- Липмана

Для продромального периода алкогольного делирия характерно наличие

- галлюцинаций, психомоторного возбуждения, ажитации
- тревоги, растерянности, нарушение сна

- конфабуляций, нарушений координации движений, гиперстезии
- возбуждения, амбивалентности, парейдолии

Для купирования острого психотического состояния, данному больному, в первую очередь, показано назначение

- ноотропных препаратов и психостимуляторов
- антидепрессантов и антиконвульсантов
- нейролептиков и транквилизаторов
- витаминов группы В и тимостабилизаторов

При алкогольном делирии обычно сохраняется ориентировка в

- собственной личности
- времени
- месте
- ситуации

Помимо алкогольного делирия, в настоящее время, принято выделять алкогольную(ый)

- палимпсест
- аменцию
- парафрению
- энцефалопатию

Последствием алкогольного делирия является синдром

- палимпсест
- аменцию
- парафрению
- энцефалопатию

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Учащаяся колледжа сферы услуг Ж.И., 17-ти лет. Участвует в процедуре социально-психологического тестирования и профилактического медицинского осмотра в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ.

Жалобы

Жалоб не предъявляет. В процедуре социально-психологического тестирования

и профилактического медицинского осмотра участвует повторно. Два года назад принимала участие в социально-психологическом тестировании и профилактическом медицинском осмотре, когда училась в 9-ом классе средней общеобразовательной школы №341.

Анамнез заболевания

Соматически здорова.

Анамнез жизни

Росла и развивалась по возрасту. Перенесла детские инфекции. Привита по возрасту.

Объективный статус

Девушка контакту доступен, ориентирована верно. Общительна, разговорчива. Эмоциональный фон приподнятый. Жестикуляция и мимика активные. Подтверждает факт курения табачных изделий, изредка – употребление алкоголя. Употребление наркотических и психотропных веществ отрицает. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

Необходимым условием для проведения социально-психологического тестирования является наличие информированного согласия

- родителей учащейся Ж.И. в письменной форме
- учащейся Ж.И. в устной форме
- классного руководителя или иного представителя образовательного учреждения в письменной форме
- учащейся Ж.И. в письменной форме

Для проведения тестирования руководитель образовательной организации, проводящей тестирование, обеспечивает

- соблюдение анонимности при проведении тестирования
- передачу результатов социально-психологического тестирования родителям учащейся Ж.И. или ее официальным опекунам
- соблюдение конфиденциальности при проведении тестирования
- передачу результатов социально-психологического тестирования учащейся Ж.И. ее классному руководителю

По итогам обработки и анализа результатов социально-психологического тестирования, проведенного в колледже сферы услуг, в группе учащихся старше пятнадцати лет были выявлены высокие риски немедицинского

потребления наркотических средств и психотропных веществ. В качестве дальнейшей меры осуществляется

- передача результатов социально-психологического тестирования учащейся Ж.И. ее родителям или законным опекунам для информирования их о выявленных рисках наркотизации
- хранение результатов социально-психологического тестирования Ж.И. и других обучающихся в течение одного года в условиях, гарантирующих конфиденциальность и невозможность несанкционированного доступа к ним, до следующего ежегодного обследования учащихся колледжа сферы услуг
- передача результатов социально-психологического тестирования учащейся Ж.И. с соблюдением принципа анонимности в районный наркологический диспансер для проведения медицинского осмотра учащейся врачом-психиатром-наркологом с целью раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ
- участие Ж.И. и других обучающихся в профилактическом медицинском осмотре

Учащиеся колледжа сферы услуг направляются в медицинскую организацию, имеющую лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (оказание услуг) по

- терапии
- психиатрии-наркологии
- профилактическим медицинским осмотрам
- диспансерному наблюдению

Необходимыми условием для проведения профилактического медицинского осмотра учащейся Ж.И. в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ является наличие информированного согласия

- учащейся Ж.И. в письменной форме
- родителей учащейся Ж.И. в письменной форме
- классного руководителя или иного представителя образовательного учреждения в письменной форме
- учащейся Ж.И. в устной форме

Проведение первого этапа профилактического медицинского осмотра обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организациях высшего образования в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, включает в себя

- профилактическую информационно-разъяснительную беседу с обучающимся по вопросам незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ; + медицинский осмотр, проводимый врачом-психиатром-наркологом; + предварительное химико-токсикологическое исследование образца биологической жидкости
- профилактическую информационно-разъяснительную беседу с учащейся Ж.И. по вопросам незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ; + сбор анамнестических сведений и сведений о принимаемых по назначению врача наркотических и психотропных лекарственных препаратах; + медицинский осмотр, проводимый врачом - психиатром-наркологом
- сбор анамнестических сведений и сведений о принимаемых по назначению врача наркотических и психотропных лекарственных препаратах; + медицинский осмотр, проводимый врачом-психиатром-наркологом; + предварительное химико-токсикологическое исследование образца биологической жидкости
- профилактическую информационно-разъяснительную беседу с учащейся Ж.И. по вопросам незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ; + сбор анамнестических сведений и сведений о принимаемых по назначению врача наркотических и психотропных лекарственных препаратах

В ходе сбора анамнеза стало известно, что по совету ее молодого человека Ж.И. пять дней назад употребила курительное вещество, после приема которого почувствовала себя плохо. Отрицает прием каких-либо наркотических и психотропных лекарственных препаратов по назначению врача. Со слов Ж.И., ее молодой человек говорил, что курительная смесь была абсолютно легальна и не является наркотиком. Проведение второго этапа профилактического медицинского осмотра Ж.И. включает в себя

- профилактическую информационно-разъяснительную беседу с обучающимся по вопросам незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ; + медицинский осмотр, проводимый врачом-психиатром-наркологом; + предварительное химико-токсикологическое исследование образца биологической жидкости
- профилактическую информационно-разъяснительную беседу с учащейся Ж.И. по вопросам незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ; + сбор анамнестических сведений и сведений о принимаемых по назначению врача наркотических и психотропных лекарственных препаратах; + медицинский осмотр, проводимый врачом - психиатром-наркологом
- сбор анамнестических сведений и сведений о принимаемых по назначению врача наркотических и психотропных лекарственных

препаратах; + медицинский осмотр, проводимый врачом-психиатром-наркологом; + предварительное химико-токсикологическое исследование образца биологической жидкости

- профилактическую информационно-разъяснительную беседу с учащейся Ж.И. по вопросам незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ; + сбор анамнестических сведений и сведений о принимаемых по назначению врача наркотических и психотропных лекарственных препаратах

Результаты

По результатам сбора анамнестических сведений, а также результатам предварительных и подтверждающих химико-токсикологических исследований у учащейся Ж.И. было подтверждено употребление каннабиноидов.

Профилактический медицинский осмотр учащейся Ж.И. считается завершенным после

- проведения всех четырех этапов, включающих профилактическую информационно-разъяснительную беседу и сбор анамнестических сведений, предварительных и подтверждающих химико-токсикологических исследований, разъяснения результатов проведенного профилактического осмотра
- получения положительного результата предварительных химико-токсикологических исследований, проведенных с использованием методов иммуноферментного или иммунохимического анализа, исключающих визуальную оценку результатов
- получения положительного результата подтверждающих химико-токсикологических исследований, направленных на идентификацию в образцах биологических жидкостей человека наркотических средств, психотропных и иных токсических веществ (их метаболитов)
- проведения профилактической информационно-разъяснительной беседы с обучающимся по вопросам незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, сбора анамнестических сведений и сведений о принимаемых по назначению врача наркотических и психотропных лекарственных препаратах, а также медицинского осмотра, проводимого врачом - психиатром-наркологом

Дальнейшие действия врача-психиатра-нарколога заключаются в

- разъяснении результатов проведенного профилактического осмотра и в направлении учащейся Ж.И. в специализированную медицинскую организацию или ее структурное подразделение, оказывающую наркологическую помощь
- постановке учащейся Ж.И. на диспансерное наблюдение

- информировании родителей или законных представителей учащейся Ж.И. о результатах проведенного профилактического медицинского осмотра в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ
- установлении учащейся Ж.И. диагноза в соответствии с критериями действующей Международной классификации болезней

В наркологическом диспансере по месту жительства, куда обратилась учащаяся Ж.И., после подписания ею добровольного информированного согласия, врачом-психиатром-наркологом проводится

- шкальная оценка психического и соматического статуса пациента с установлением или уточнением диагноза заболевания (состояния), назначением необходимого лечения, проведением краткого профилактического консультирования. + Направление на консультацию к иным врачам-специалистам
- психопатологическое обследование или тестологическое психодиагностическое обследование и психологическое консультирование: + с оценкой эмоционально-волевых характеристик личности; + с проведением исследования психических процессов (внимания, памяти, мышления); + с изучением когнитивных функций
- профилактический осмотр пациента: + с оценкой состояния пациента, сбором жалоб и анамнеза, физикальное обследование, назначение и оценка лабораторных и инструментальных исследований; + проведением краткого профилактического консультирования
- медицинский осмотр: + с оценкой состояния пациента, сбором жалоб и анамнеза, физикальное обследование, назначение и оценка лабораторных и инструментальных исследований; + установлением или уточнением диагноза заболевания (состояния); + назначением необходимого лечения; + проведением краткого профилактического консультирования. + направление на консультацию к врачу-психотерапевту, медицинскому психологу в целях диагностики, организации психотерапевтической (психокоррекционной) работы, направленной на формирование приверженности к ведению здорового образа жизни

Согласно критериям действующей Международной классификации болезней, учащейся Ж.И. может быть поставлен диагноз

- шкальная оценка психического и соматического статуса пациента с установлением или уточнением диагноза заболевания (состояния), назначением необходимого лечения, проведением краткого профилактического консультирования. + Направление на консультацию к иным врачам-специалистам

- психопатологическое обследование или тестологическое психодиагностическое обследование и психологическое консультирование: + с оценкой эмоционально-волевых характеристик личности; + с проведением исследования психических процессов (внимания, памяти, мышления); + с изучением когнитивных функций
- профилактический осмотр пациента: + с оценкой состояния пациента, сбором жалоб и анамнеза, физикальное обследование, назначение и оценка лабораторных и инструментальных исследований; + проведением краткого профилактического консультирования
- медицинский осмотр: + с оценкой состояния пациента, сбором жалоб и анамнеза, физикальное обследование, назначение и оценка лабораторных и инструментальных исследований; + установлением или уточнением диагноза заболевания (состояния); + назначением необходимого лечения; + проведением краткого профилактического консультирования. + направление на консультацию к врачу-психотерапевту, медицинскому психологу в целях диагностики, организации психотерапевтической (психокоррекционной) работы, направленной на формирование приверженности к ведению здорового образа жизни

Диагноз

Тактика ведения данного пациента включает

- шкальная оценка психического и соматического статуса пациента с установлением или уточнением диагноза заболевания (состояния), назначением необходимого лечения, проведением краткого профилактического консультирования. + Направление на консультацию к иным врачам-специалистам
- психопатологическое обследование или тестологическое психодиагностическое обследование и психологическое консультирование: + с оценкой эмоционально-волевых характеристик личности; + с проведением исследования психических процессов (внимания, памяти, мышления); + с изучением когнитивных функций
- профилактический осмотр пациента: + с оценкой состояния пациента, сбором жалоб и анамнеза, физикальное обследование, назначение и оценка лабораторных и инструментальных исследований; + проведением краткого профилактического консультирования
- медицинский осмотр: + с оценкой состояния пациента, сбором жалоб и анамнеза, физикальное обследование, назначение и оценка лабораторных и инструментальных исследований; + установлением или уточнением диагноза заболевания (состояния); + назначением необходимого лечения; + проведением краткого профилактического консультирования. + направление на консультацию к врачу-

психотерапевту, медицинскому психологу в целях диагностики, организации психотерапевтической (психокоррекционной) работы, направленной на формирование приверженности к ведению здорового образа жизни

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Учащаяся Е.М., 14-ти лет. Участвует в процедуре социально-психологического тестирования и профилактического медицинского осмотра в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ.

Жалобы

Жалоб не предъявляет. В процедуре социально-психологического тестирования и профилактического медицинского осмотра участвует впервые.

Анамнез заболевания

Профилактическое обследование.

Анамнез жизни

Росла возбудимой, тревожной, физическое и речевое развитие - по возрасту. Имела медицинский отвод от прививок в связи с возбудимостью и нарушениями сна от врача-невропатолога до 5-ти лет. Переболела детскими инфекционными заболеваниями (ветряная оспа в возрасте 3-х лет, краснуха в возрасте 5 лет). Детское дошкольное образовательное учреждение не посещала. В 6 лет и 10 месяцев поступила в школу №557. На данный момент учится в 9-ом классе. Успеваемость хорошая.

Объективный статус

Девушка контакту доступна, ориентирована верно. На вопросы отвечает по существу. Голос тихий. Стеснительна, малообщительна.

Необходимыми условием для проведения социально-психологического тестирования является наличие информированного согласия

- родителей учащейся Е.М. в письменной форме
- классного руководителя или иного представителя образовательного учреждения №557 в письменной форме
- учащейся Е.М. в письменной форме
- учащейся Е.М. в устной форме

Руководитель образовательной организации №557, проводящей тестирование, обеспечивает

- соблюдение анонимности при проведении тестирования
- передачу результатов социально-психологического тестирования родителям учащейся Е.М. или ее официальным опекунам
- передачу результатов социально-психологического тестирования учащейся Е.М. классному руководителю
- хранение информированных согласий

По итогам обработки и анализа результатов социально-психологического тестирования, проведенного в средней общеобразовательной школе №557, в группе учащихся, не достигших возраста пятнадцати лет, были выявлены высокие риски немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ. В качестве дальнейшей меры осуществляется

- участие Е.М. и других учащихся средней общеобразовательной школе №557 в профилактических медицинских осмотрах обучающихся
- передача результатов социально-психологического тестирования учащейся Е.М. с соблюдением принципа анонимности в районный наркологический диспансер для проведения медицинского осмотра учащейся врачом-психиатром-наркологом детским с целью раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ
- хранение результатов социально-психологического тестирования Е.М. и других обучающихся в течение одного года в условиях, гарантирующих конфиденциальность и невозможность несанкционированного доступа к ним, до следующего ежегодного обследования учащихся колледжа сферы услуг
- передача результатов социально-психологического тестирования учащейся Е.М. ее родителям или законным опекунам для информирования их о выявленных рисках наркотизации

Учащиеся школы №557 направляются в медицинскую организацию, имеющую лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (оказание услуг) по

- диспансерному наблюдению
- профилактическим медицинским осмотрам
- психиатрии-наркологии
- педиатрии

Необходимым условием для проведения профилактического медицинского осмотра учащейся Е.М. в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ является наличие информированного согласия

- учащейся Е.М. в устной форме
- учащейся Е.М. в письменной форме
- классного руководителя или иного представителя образовательного учреждения №557 в письменной форме
- родителей учащейся Е.М. в письменной форме

Проведение первого этапа профилактического медицинского осмотра обучающихся школы №557 в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, включает в себя

- учащейся Е.М. в устной форме
- учащейся Е.М. в письменной форме
- классного руководителя или иного представителя образовательного учреждения №557 в письменной форме
- родителей учащейся Е.М. в письменной форме

Дальнейшие действия врача-психиатра-нарколога детского (врача-психиатра-нарколога детского (участкового) заключаются

- учащейся Е.М. в устной форме
- учащейся Е.М. в письменной форме
- классного руководителя или иного представителя образовательного учреждения №557 в письменной форме
- родителей учащейся Е.М. в письменной форме

Профилактический медицинский осмотр считается завершенным после

- проведения профилактической информационно-разъяснительной беседы с учащейся Е.М. по вопросам незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, сбора анамнестических сведений и сведений о принимаемых по назначению врача наркотических и психотропных лекарственных препаратах, а также медицинского осмотра, проводимого врачом-психиатром-наркологом детским
- проведения всех четырех этапов, включающих профилактическую информационно-разъяснительную беседу и сбор анамнестических сведений, предварительных и подтверждающих химико-токсикологических исследований, разъяснения результатов проведенного профилактического осмотра
- получения отрицательных результатов подтверждающих химико-токсикологических исследований
- получения положительных результатов предварительного химико-токсикологического исследования, проведенного с использованием методов иммуноферментного или иммунохимического анализа, исключающих визуальную оценку результатов

После получения отрицательного результата подтверждающих химико-токсикологических исследований биологических жидкостей учащейся Е.М., действия врача-психиатра-нарколога заключаются

- в оформлении справки о результатах химико-токсикологического исследования
- информировании родителей или законных представителей учащейся Е.М. о результатах проведенного профилактического медицинского осмотра в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ
- установлении диагноза наркологического расстройства
- в разъяснении результатов проведенного профилактического осмотра и в направлении учащейся Е.М. в специализированную медицинскую организацию или ее структурное подразделение, оказывающие наркологическую помощь

Диспансерное наблюдение для учащейся Е.М

- требуется только при согласии родителей учащейся Е.М
- не требуется
- требуется только при согласии классного руководителя учащейся Е.М
- требуется только при согласии администрации образовательного учреждения, где учится Е.М

По результатам профилактического медицинского осмотра в медицинской документации обучающейся Е.М. должен быть выставлен диагноз

- требуется только при согласии родителей учащейся Е.М
- не требуется
- требуется только при согласии классного руководителя учащейся Е.М
- требуется только при согласии администрации образовательного учреждения, где учится Е.М

Диагноз

Врачебная тактика в отношении учащейся Е.М. заключается в

- требуется только при согласии родителей учащейся Е.М
- не требуется
- требуется только при согласии классного руководителя учащейся Е.М
- требуется только при согласии администрации образовательного учреждения, где учится Е.М

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Учащаяся 10 класса М.С., 16-ти лет. Участвует в процедуре социально-психологического тестирования и профилактического медицинского осмотра в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ.

Жалобы

Жалоб не предъявляет.

Анамнез заболевания

В процедуре социально-психологического тестирования и профилактического медицинского осмотра участвует впервые. От участия в процедуре социально-психологического тестирования и профилактического медицинского осмотра по раннему выявлению незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ в прошлом году отказалась.

Анамнез жизни

Подросток из социально неблагополучной семьи. Старший ребенок из семьи, в которой растут еще 5 детей. Мать равнодушна к выполнению родительских обязанностей, делами и школьными успехами дочери не интересуется, несколько раз в месяц не ночует дома. Тогда воспитанием младших детей М.С. занимается вместе с бабушкой, также проживающей в семье. Отец с семьей не проживает, участия в воспитании детей не принимает.

Объективный статус

Девушка контакту доступна, ориентирована верно. Настроение сниженное, к обследованию относится равнодушно.

Необходимыми условием для проведения социально-психологического тестирования является наличие информированного согласия

- учащейся М.С. в письменной форме
- учащейся М.С. в устной форме
- классного руководителя или иного представителя образовательного учреждения в письменной форме
- родителей учащейся М.С. в письменной форме

Для проведения тестирования руководитель образовательной организации, проводящей тестирование, обеспечивает

- передачу результатов социально-психологического тестирования родителям учащейся М.С. или ее официальным опекунам
- передачу результатов социально-психологического тестирования учащейся М.С. классному руководителю

- соблюдение конфиденциальности при проведении тестирования
- соблюдение анонимности при проведении тестирования

По итогам обработки и анализа результатов социально-психологического тестирования, проведенного в образовательном учреждении, в группе учащихся старше пятнадцати лет были выявлены высокие риски немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ. В качестве дальнейшей меры осуществляется

- хранение результатов социально-психологического тестирования М.С. и других обучающихся в течение одного года в условиях, гарантирующих конфиденциальность и невозможность несанкционированного доступа к ним, до следующего ежегодного обследования учащихся колледжа сферы услуг
- передача результатов социально-психологического тестирования учащейся М.С. с соблюдением принципа анонимности в районный наркологический диспансер для проведения медицинского осмотра учащейся врачом-психиатром-наркологом с целью раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ
- участие М.С. и других обучающихся в профилактическом медицинском осмотре
- передача результатов социально-психологического тестирования учащейся М.С. ее родителям или законным опекунам для информирования их о выявленных рисках наркотизации

При проведении социально-психологического тестирования М.С. в классе присутствовали родители учащейся Е.В., что

- являлось нарушением конфиденциальности
- противоречило законности проведения тестирования, так как родитель учащегося не может являться ни наблюдателем, ни членом Комиссии
- не противоречило законности проведения процедуры обследования при условии участия Е.В. наравне с другими учащимися класса в тестировании
- противоречило законности проведения процедуры обследования, так как Е.В. наравне с другими учащимися класса участвовала в тестировании

Необходимым условием для проведения профилактического медицинского осмотра учащейся М.С. в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ является наличие информированного согласия

- классного руководителя или иного представителя образовательного учреждения в письменной форме
- учащейся М.С. в письменной форме

- учащейся М.С. в устной форме
- родителей учащейся М.С. в письменной форме

Проведение первого этапа профилактического медицинского осмотра обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организациях высшего образования в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, включает в себя

- профилактическую информационно-разъяснительную беседу с обучающимся по вопросам незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ; + сбор анамнестических сведений и сведений о принимаемых по назначению врача наркотических и психотропных лекарственных препаратах
- профилактическую информационно-разъяснительную беседу с обучающимся по вопросам незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ; + медицинский осмотр, проводимый врачом - психиатром-наркологом; + предварительное химико-токсикологическое исследование образца биологической жидкости
- сбор анамнестических сведений и сведений о принимаемых по назначению врача наркотических и психотропных лекарственных препаратах; + медицинский осмотр, проводимый врачом - психиатром-наркологом; + предварительное химико-токсикологическое исследование образца биологической жидкости
- профилактическую информационно-разъяснительную беседу с обучающимся по вопросам незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ; + сбор анамнестических сведений и сведений о принимаемых по назначению врача наркотических и психотропных лекарственных препаратов; + медицинский осмотр, проводимый врачом - психиатром-наркологом

Биологическим объектом для предварительных и подтверждающих химико-токсикологических исследований на наличие наркотических средств и психотропных веществ является

- профилактическую информационно-разъяснительную беседу с обучающимся по вопросам незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ; + сбор анамнестических сведений и сведений о принимаемых по назначению врача наркотических и психотропных лекарственных препаратах
- профилактическую информационно-разъяснительную беседу с обучающимся по вопросам незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ; + медицинский осмотр, проводимый

- врачом - психиатром-наркологом; + предварительное химико-токсикологическое исследование образца биологической жидкости
- сбор анамнестических сведений и сведений о принимаемых по назначению врача наркотических и психотропных лекарственных препаратах; + медицинский осмотр, проводимый врачом - психиатром-наркологом; + предварительное химико-токсикологическое исследование образца биологической жидкости
 - профилактическую информационно-разъяснительную беседу с обучающимся по вопросам незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ; + сбор анамнестических сведений и сведений о принимаемых по назначению врача наркотических и психотропных лекарственных препаратах; + медицинский осмотр, проводимый врачом - психиатром-наркологом

При условии положительного предварительного и подтверждающего химико-токсикологических исследований образцов биологической жидкости М.С. на наркотические средства, психотропные и иные токсические вещества (их метаболиты) профилактический медицинский осмотр проводится в

- четыре этапа: + I этап - профилактическая информационно-разъяснительная беседа с обучающимся по вопросам незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, сбор анамнестических сведений и сведений о принимаемых по назначению врача наркотических и психотропных лекарственных препаратах, а также медицинский осмотр, проводимый врачом - психиатром-наркологом; + II этап - предварительные химико-токсикологические исследования, направленные на получение доказательных результатов выявления в образцах биологических жидкостей человека наркотических средств и психотропных веществ; + III этап - подтверждающие химико-токсикологические исследования, направленные на идентификацию в образцах биологических жидкостей человека наркотических средств, психотропных и иных токсических веществ (их метаболитов); + IV этап - разъяснение обучающемуся, достигшему возраста пятнадцати лет, результатов проведенного профилактического медицинского осмотра
- шесть этапов: + I этап - профилактическая информационно-разъяснительная беседа с обучающимся по вопросам незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ; + II этап - сбор анамнестических сведений и сведений о принимаемых по назначению врача наркотических и психотропных лекарственных препаратах; + III этап - медицинский осмотр, проводимый врачом - психиатром-наркологом; + VI этап - предварительные химико-токсикологические исследования, направленные на получение доказательных результатов выявления в образцах биологических жидкостей человека наркотических средств и психотропных веществ; + V

этап - подтверждающие химико-токсикологические исследования, направленные на идентификацию в образцах биологических жидкостей человека наркотических средств, психотропных и иных токсических веществ (их метаболитов); + VI этап - разъяснение обучающемуся, достигшему возраста пятнадцати лет, результатов проведенного профилактического медицинского осмотра

- три этапа: + I этап - профилактическая информационно-разъяснительная беседа с обучающимся по вопросам незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, сбор анамнестических сведений и сведений о принимаемых по назначению врача наркотических и психотропных лекарственных препаратах, а также медицинский осмотр, проводимый врачом - психиатром-наркологом; + II этап - предварительные химико-токсикологические исследования, направленные на получение доказательных результатов выявления в образцах биологических жидкостей человека наркотических средств и психотропных веществ; + III этап - подтверждающие химико-токсикологические исследования, направленные на идентификацию в образцах биологических жидкостей человека наркотических средств, психотропных и иных токсических веществ (их метаболитов)
- два этапа: + I этап - предварительные химико-токсикологические исследования, направленные на получение доказательных результатов выявления в образцах биологических жидкостей человека наркотических средств и психотропных веществ; + II этап - подтверждающие химико-токсикологические исследования, направленные на идентификацию в образцах биологических жидкостей человека наркотических средств, психотропных и иных токсических веществ (их метаболитов)

По результатам проведения профилактического медицинского осмотра учащейся М.С. и полученных положительных результатов предварительных и подтверждающих химико-токсикологических исследований биологических жидкостей учащейся М.С. действия врача-психиатра-нарколога заключаются в

- информировании родителей или законных представителей учащейся М.С. о результатах проведенного профилактического медицинского осмотра в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ
- установлении диагноза наркологического расстройства
- постановке М.С. на диспансерное наблюдение за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ
- разъяснении результатов проведенного профилактического осмотра и в направлении учащейся М.С. в специализированную медицинскую организацию или ее структурное подразделение, оказывающие наркологическую помощь

В наркологическом диспансере по месту жительства, куда обратилась обучающаяся М.С., после подписания ею добровольного информированного согласия, врачом-психиатром-наркологом по работе с детским населением проводится

- шкальная оценка психического и соматического статуса пациента с установлением или уточнением диагноза заболевания (состояния), назначением необходимого лечения, проведением краткого профилактического консультирования. + направление на консультацию к иным врачам-специалистам
- медицинский осмотр: + с оценкой состояния пациента, сбором жалоб и анамнеза, физикальное обследование, назначение и оценка лабораторных и инструментальных исследований; + установлением или уточнением диагноза заболевания (состояния); + назначением необходимого лечения; проведением краткого профилактического консультирования. направление на консультацию к врачу-психотерапевту, медицинскому психологу в целях диагностики, организации психотерапевтической (психокоррекционной) работы, направленной на формирование приверженности к ведению здорового образа жизни
- профилактический осмотр пациента: + с оценкой состояния пациента, сбором жалоб и анамнеза, физикальное обследование, назначение и оценка лабораторных и инструментальных исследований; + проведением краткого профилактического консультирования
- психопатологическое обследование или тестологическое психодиагностическое обследование и психологическое консультирование

Учащаяся М.С. предъявляет жалобы на тревогу и внутреннее напряжение, связанные с тяжелой семейной ситуацией, и сообщает, что в несколько последних месяцев по 3-4 раза в неделю «берет у бабушки корвалол для успокоения», который принимает до 20 капель в сутки. Стало известно, что эпизодически принимала корвалол с 14-ти лет, не чаще 1 раза в 3-4 недели. Результаты дополнительных инструментальных и лабораторных обследований выявили у М.С. низкий уровень белка крови, анемию легкой степени Какой диагноз следует поставить, опираясь на критерии действующей МКБ

- шкальная оценка психического и соматического статуса пациента с установлением или уточнением диагноза заболевания (состояния), назначением необходимого лечения, проведением краткого профилактического консультирования. + направление на консультацию к иным врачам-специалистам

- медицинский осмотр: + с оценкой состояния пациента, сбором жалоб и анамнеза, физикальное обследование, назначение и оценка лабораторных и инструментальных исследований; + установлением или уточнением диагноза заболевания (состояния); + назначением необходимого лечения; проведением краткого профилактического консультирования. направление на консультацию к врачу-психотерапевту, медицинскому психологу в целях диагностики, организации психотерапевтической (психокоррекционной) работы, направленной на формирование приверженности к ведению здорового образа жизни
- профилактический осмотр пациента: + с оценкой состояния пациента, сбором жалоб и анамнеза, физикальное обследование, назначение и оценка лабораторных и инструментальных исследований; + проведением краткого профилактического консультирования
- психопатологическое обследование или тестологическое психодиагностическое обследование и психологическое консультирование

Диагноз

Тактика ведения пациентки М.С. включает

- шкальная оценка психического и соматического статуса пациента с установлением или уточнением диагноза заболевания (состояния), назначением необходимого лечения, проведением краткого профилактического консультирования. + направление на консультацию к иным врачам-специалистам
- медицинский осмотр: + с оценкой состояния пациента, сбором жалоб и анамнеза, физикальное обследование, назначение и оценка лабораторных и инструментальных исследований; + установлением или уточнением диагноза заболевания (состояния); + назначением необходимого лечения; проведением краткого профилактического консультирования. направление на консультацию к врачу-психотерапевту, медицинскому психологу в целях диагностики, организации психотерапевтической (психокоррекционной) работы, направленной на формирование приверженности к ведению здорового образа жизни
- профилактический осмотр пациента: + с оценкой состояния пациента, сбором жалоб и анамнеза, физикальное обследование, назначение и оценка лабораторных и инструментальных исследований; + проведением краткого профилактического консультирования
- психопатологическое обследование или тестологическое психодиагностическое обследование и психологическое консультирование

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Жанна М., 42-х лет.

Жалобы

Находится на приеме у врача-терапевта участкового. Жалобы на сердцебиение, головную боль, шум в ушах.

Анамнез заболевания

Наследственность отягощена алкоголизмом отца и деда по материнской линии. Первые пробы психоактивных веществ (табак, алкоголь) пришлось на возраст 14-ти лет. В настоящее время сообщает об эпизодическом потреблении табачных изделий, со слов, «курит, когда нервничает или в компании с подругами». Может не употреблять табачные изделия в течение нескольких дней. К курящим людям себя не относит, считает, что может легко воздерживаться от курения по несколько месяцев или совсем прекратить употребление. Употребление алкогольных напитков не отрицает. В последние годы выпивает до 1-2 бокала вина за ужином, пару кружек пива в баре с подругами практически ежедневно. Также может выпить несколько стопок крепкого алкоголя («3-5 стопок водки или рюмок коньяка на праздники»). Однако, легко может отказаться от приема алкоголя «без какого-либо ухудшения самочувствия». Последний прием алкоголя накануне обращения в дозе 150 мл вина. Наличие жалоб связывает с переменной погодных условий, «магнитными бурями».

Анамнез жизни

Единственный ребенок в неполной семье, родители развелись по причине алкоголизации отца, когда пациентке было 7 лет. Родилась от нормально протекавшей беременности, в срок. Во время родов – обвитие пуповиной. Раннее развитие, со слов, без особенностей. В детстве перенесла ряд детских инфекций, без осложнений (ветряная оспа). Посещала детское дошкольное учреждение неохотно, «постоянно просилась к маме». В школу пошла своевременно, училась посредственно, без интереса. После окончания 9 классов школы поступила и окончила торговый техникум. Работает аудитором в транспортной компании. Разведена. Живет с сыном 16 лет.

Объективный статус

Контакту доступна, словоохотлива. В беседе держится свободно. Кожные покровы лица гиперемированы, чистые. Склеры инъецированы. Язык обложен сероватым налетом. Температура тела 36,7°C. Рост 165 см., вес 71 кг. АД – 150/95 мм.рт.ст, ЧСС – 96 уд. в мин. В легких дыхание везикулярное, проводится

во все отделы, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 0,5 см из-под края реберной дуги, б/б. Селезенка не пальпируется. Походка обычная. Язык по средней линии, лицевая мускулатура симметрична. Очаговой неврологической и менингеальной симптоматики нет.

Задачами, реализуемыми врачом терапевтом-участковым на своем приеме в отношении приема алкоголя, ПАВ, никотина Жанной М., являются

- выявление курения, избыточного потребления алкоголя и риска развития болезней, связанных с курением, алкоголем и с отравлением суррогатами алкоголя у Жанны М. + направление Жанны М. на медицинское освидетельствование для подтверждения факта употребления ПАВ + оказание Жанне М. первичной специализированной медико-санитарной и специализированной помощи по профилю «наркология»
- выявление курения, избыточного потребления алкоголя и риска развития болезней, связанных с курением, алкоголем и с отравлением суррогатами алкоголя у Жанны М. + изучение прямых и непрямых биомаркеров употребления алкоголя + установление за Жанной М. динамического наблюдения в связи с выявленной наркологической патологией
- выявление курения, избыточного потребления алкоголя и риска развития болезней, связанных с курением, алкоголем и с отравлением суррогатами алкоголя у Жанны М. + оказание медицинской помощи курящим и избыточно потребляющим алкоголь по отказу от курения и злоупотребления алкоголя, включая направление Жанны М. для консультации и лечения в отделения медицинской профилактики, центры здоровья и специализированные медицинские организации + осуществление мероприятий по формированию здорового образа жизни
- выявление курения, избыточного потребления алкоголя и риска развития болезней, связанных с курением, алкоголем и с отравлением суррогатами алкоголя у Жанны М. + выявление метаболитов алкоголя, ПАВ, никотина в биологических жидкостях Жанны М. + установление за Жанной М. профилактического наблюдения в связи с выявленной наркологической патологией

Участие Жанны М. в диспансеризации взрослого населения в качестве работника транспортной компании осуществляется

- дистанционно, включая проведение телекоммуникационных консультаций различных специалистов
- очно, включая прохождение профилактического медицинского осмотра и дополнительные методы обследования
- заочно
- очно, включая прохождение медицинского освидетельствования на состояние опьянения

Диспансеризации взрослого населения проводится в + _____ + этапа

- три (скрининг, выявление риска злоупотребления ПАВ, дополнительное обследование для уточнения диагноза)
- один (скрининг)
- четыре (скрининг, выявление риска злоупотребления ПАВ, дополнительное обследование для уточнения диагноза, определение группы здоровья пациента)
- два (скрининг и дополнительное обследование для уточнения диагноза)

Риск пагубного потребления алкоголя и риск потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача при проведении диспансеризации и профилактического медицинского осмотра определяются с помощью

- три (скрининг, выявление риска злоупотребления ПАВ, дополнительное обследование для уточнения диагноза)
- один (скрининг)
- четыре (скрининг, выявление риска злоупотребления ПАВ, дополнительное обследование для уточнения диагноза, определение группы здоровья пациента)
- два (скрининг и дополнительное обследование для уточнения диагноза)

Результаты обследования

Пагубное употребление – модель употребления алкоголя, вызывающая

- социальную и семейную дезадаптацию
- общественное порицание
- синдром зависимости
- физический или психический вред для здоровья

Видом мотивационного консультирования, которое может быть реализовано с Жанной М. в отношении выявленного у нее риска пагубного употребления алкоголя, является

- ролевое мотивационное консультирование
- углубленное индивидуальное и групповое профилактическое консультирование
- духовное мотивационное консультирование
- краткое мотивационное консультирование

Направление на углубленное профилактическое консультирование вне рамок профилактического медицинского осмотра осуществляется при

- установлении по результатам анкетирования курения более 20 сигарет в день, риска пагубного потребления алкоголя и (или) риска потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача
- подозрении на курение, риск пагубного потребления алкоголя и (или) риск потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача
- выявлении метаболитов никотина, алкоголя, ПАВ в биологических жидкостях
- наличии у пациента патологического влечения к никотину, алкоголю, наркотическим средствам и психотропным веществам

Курением табака считается

- ежедневное пассивное вдыхание табачного дыма в течение 30 минут и более
- ежедневное выкуривание одной сигареты и более
- эпизодическое выкуривание не менее 10 сигарет в сутки
- ежедневное выкуривание не менее 10 сигарет

Одним из методов, использующихся при проведении мотивационного консультирования лиц с риском пагубного употребления алкоголя, является модель стадий (этапов) готовности к изменениям, разработанная американскими психологами Джеймсом Прохазка и Карло Ди Клементе. Согласно модели стадий (этапов) Жанна М. находится на этапе

- предварительных размышлений
- подготовки к изменениям
- действий
- рецидива

С учетом нахождения Жанны М. на данном этапе, согласно модели стадий (этапов) готовности к изменениям, наилучшей стратегией врача в отношении Жанны М. является

- предварительных размышлений
- подготовки к изменениям
- действий
- рецидива

Результаты стратегии врача

Учитывая жалобы, данные анамнеза, физикального и лабораторного обследования Жанне М. можно поставить диагноз

- предварительных размышлений
- подготовки к изменениям
- действий
- рецидива

Диагноз

Тактика терапии пагубного употребления алкоголя включает проведение

- предварительных размышлений
- подготовки к изменениям
- действий
- рецидива

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Елена Б., 38-и лет.

Жалобы

Находится на приеме у врача-терапевта участкового. Жалобы на сильный кашель в утренние часы с отхождением мокроты, что связывает с курением. Сообщает, что беспокоит «плохой внешний вид, я - молодая женщина, а выгляжу хуже своих сверстниц».

Анамнез заболевания

Наследственность психическими и наркологическими заболеваниями не отягощена. Впервые попробовала психоактивные вещества – никотин, в возрасте 16-ти лет. Систематически курит с 18-ти лет: ежедневно, максимально до 25-ти сигарет в сутки. Несколько раз пыталась самостоятельно прекратить употребление табака, но не смогла, со слов, из-за плохого самочувствия и выраженного «желания курить». В настоящее время курит ежедневно 20 сигарет в сутки, преимущественно во второй половине дня. Количество выкуриваемых сигарет сократить «не получается». Первые пробы алкоголя также в возрасте 16 лет, водка, не более 50 мл в компании сверстников. Состояние опьянения «не понравилось». Сообщает, что выпивает алкоголь преимущественно по календарным праздникам в количестве не более 200 мл вина. За прошедшие 12 месяцев частота приема алкоголя не превышала 1-2-х раз в месяц, без повышения количества употребляемого алкоголя в сутки. Последнее употребление алкоголя, со слов, 2-3 недели назад, в дозе 150 мл красного вина. Употребление наркотических средств и других психотропных веществ, в том числе и по назначению врача, категорически отрицает.

Анамнез жизни

Психический и наркологический анамнез не отягощен. Образование высшее (социологическое). Работает социальным работником в кризисном центре для женщин. Замужем. Двое детей 3-х и 9-ти лет.

Объективный статус

Контакту доступна. В беседе держится скованно. Подтверждает регулярное потребление табачных изделий, со слов пациентки «всегда находилась рядом с курящими людьми – курили родители, до недавнего времени курил муж», «сама курит, когда нервничает или в компании с сослуживцами». Обратила внимание на вредные последствия курения после того, как 3 месяца назад бросил курить муж и начал делать ей замечания по поводу неприятного запаха и плохого внешнего вида. Сама стала обращать внимание на то, что испытывает утренний кашель до момента выкуривания первой сигареты. Кожные покровы несколько бледные, чистые. Язык покрыт белым налетом. Температура тела 36,7°C. Рост 156 см., вес 61 кг. АД – 125/90 мм рт.ст., ЧСС – 78 уд. в мин. В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, выслушиваются крупнопузырчатые хрипы в проекции крупных бронхов. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Очаговой неврологической и менингеальной симптоматики нет.

Задачами, реализуемыми врачом терапевтом-участковым на своем приеме в отношении приема алкоголя, ПАВ, никотина Еленой Б., являются

- выявление курения, избыточного потребления алкоголя и риска развития болезней, связанных с курением, алкоголем и с отравлением суррогатами алкоголя у Елены Б. + выявление метаболитов алкоголя, ПАВ, никотина в биологических жидкостях Елены Б. + установление за Еленой Б. профилактического наблюдения в связи с выявленной наркологической патологией
- выявление курения, избыточного потребления алкоголя и риска развития болезней, связанных с курением, алкоголем и с отравлением суррогатами алкоголя у Елены Б. + оказание медицинской помощи курящим и избыточно потребляющим алкоголь по отказу от курения и злоупотребления алкоголя, включая направление Елены Б. для консультации и лечения в отделения медицинской профилактики, центры здоровья и специализированные медицинские организации + осуществление мероприятий по формированию здорового образа жизни
- выявление курения, избыточного потребления алкоголя и риска развития болезней, связанных с курением, алкоголем и с отравлением суррогатами алкоголя у Елены Б. + изучение прямых и непрямых биомаркеров употребления алкоголя + установление за Еленой Б. динамического наблюдения в связи с выявленной наркологической патологией

- выявление курения, избыточного потребления алкоголя и риска развития болезней, связанных с курением, алкоголем и с отравлением суррогатами алкоголя у Елены Б. + направление Елены Б. на медицинское освидетельствование для подтверждения факта употребления ПАВ + оказание Елене Б. первичной специализированной медико-санитарной и специализированной помощи по профилю «наркология»

Участие Елены Б. в диспансеризации взрослого населения в качестве социального работника кризисного центра осуществляется

- дистанционно, включая проведение телекоммуникационных консультаций различных специалистов
- очно, включая прохождение профилактического медицинского осмотра и дополнительные методы обследования
- очно, включая прохождение медицинского освидетельствования на состояние опьянения
- заочно

Диспансеризации взрослого населения проводится в

+ _____ + этапа

- четыре (скрининг, выявление риска злоупотребления ПАВ, дополнительное обследование для уточнения диагноза, определение группы здоровья пациента)
- три (скрининг, выявление риска злоупотребления ПАВ, дополнительное обследование для уточнения диагноза)
- два (скрининг и дополнительное обследование для уточнения диагноза)
- один (скрининг)

Риск пагубного потребления алкоголя и риск потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача при проведении диспансеризации и профилактического медицинского осмотра определяются с помощью

- химико-токсикологического исследования
- анкетирования
- медицинского освидетельствования
- лабораторной диагностики

Курением табака считается

- эпизодическое выкуривание не менее 10 сигарет в сутки
- ежедневное выкуривание не менее 10 сигарет

- ежедневное пассивное вдыхание табачного дыма в течение 30 минут и более
- ежедневное выкуривание одной сигареты и более

На этапе постановки диагноза никотиновой зависимости необходимым инструментарным исследованием является

- эпизодическое выкуривание не менее 10 сигарет в сутки
- ежедневное выкуривание не менее 10 сигарет
- ежедневное пассивное вдыхание табачного дыма в течение 30 минут и более
- ежедневное выкуривание одной сигареты и более

Результаты обследования

Для определения степени выраженности никотиновой зависимости рекомендуется использование

- эпизодическое выкуривание не менее 10 сигарет в сутки
- ежедневное выкуривание не менее 10 сигарет
- ежедневное пассивное вдыхание табачного дыма в течение 30 минут и более
- ежедневное выкуривание одной сигареты и более

Результаты использования

Направление на углубленное профилактическое консультирование вне рамок профилактического медицинского осмотра осуществляется при

- установлении по результатам анкетирования факта употребления табачных изделий более 20 сигарет в день, риска пагубного потребления алкоголя и (или) риска потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача
- наличии у пациента патологического влечения к никотину, алкоголю, наркотическим средствам и психотропным веществам
- выявлении метаболитов алкоголя, ПАВ, никотина в биологических жидкостях
- подозрении на курение, риск пагубного потребления алкоголя и (или) риск потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача

Одним из методов, использующихся при проведении мотивационного консультирования лиц с табачной зависимостью, является модель стадий (этапов) готовности к изменениям, разработанная американскими

психологами Джеймсом Прохазка и Карло Ди Клементе. Согласно модели стадий (этапов) Елена Б. находится на этапе

- предварительных размышлений
- подготовки к изменениям
- рецидива
- действий

С учетом нахождения Елены Б. на данном этапе по модели стадий (этапов) готовности к изменениям, наилучшей стратегией врача в отношении Елены Б. является

- предварительных размышлений
- подготовки к изменениям
- рецидива
- действий

Результаты стратегии врача

Учитывая жалобы, данные анамнеза, физикального и лабораторного обследования Елене Б. можно поставить диагноз

- предварительных размышлений
- подготовки к изменениям
- рецидива
- действий

Диагноз

Видом психотерапевтического воздействия, который может быть реализован с Еленой Б. при ее обращении за медицинской помощью, является

- предварительных размышлений
- подготовки к изменениям
- рецидива
- действий

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Виктор Ш., 38-и лет.

Жалобы

Пациент на приеме врача-терапевта участкового. Жалобы на избыточный вес и повышение АД в последний год. При уточняющих вопросах сообщил, что подъемы АД (до 140/100 мм рт.ст.) чаще всего наблюдаются на следующий день после приема алкоголя.

Анамнез заболевания

Наследственность психическими и наркологическими заболеваниями не отягощена. Впервые попробовал психоактивные вещества – никотин, в возрасте 16-ти лет. Систематически курил с 18-ти лет до 25 лет: ежедневно, максимально до 15-ти сигарет в сутки. Последние 13 лет табачные изделия не употребляет. Первые пробы алкоголя также в возрасте 16 лет, водка, не более 200 мл в компании сверстников. Состояние опьянения «не понравилось». Сообщает, что до 36 лет выпивал алкоголь «крайне редко», только по календарным праздникам в количестве не более 300 мл крепкого алкоголя. С прошлого года на фоне психотравмирующей ситуации частота приема алкоголя возросла до 1-2 раз в неделю, без повышения количества употребляемого алкоголя в сутки. Последнее употребление алкоголя, со слов, накануне, в дозе 250 мл коньяка. Употребление наркотических средств и других психотропных веществ, в том числе и по назначению врача, категорически отрицает

Анамнез жизни

Единственный ребенок в полной семье. Родился от протекавшей с токсикозом первой половины беременности, в срок. Раннее развитие, со слов, без особенностей. В детстве перенес детские инфекции (ветряная оспа). Посещал ДДУ, удерживался. В школу пошел своевременно, учился хорошо. После окончания школы поступил и окончил ВУЗ. В армии не служил (кафедра в институте). В настоящее время работает по специальности в строительной компании в отделе работы с клиентами. Женат, от брака имеет 2 детей. Имеется наследственная отягощенность по сердечно-сосудистым заболеваниям (гипертоническая болезнь со стороны отца) и онкологическим заболеваниям (мать пациента 2 года назад прооперирована по поводу аденокарциномы молочной железы). Прививочный анамнез назвать не может

Объективный статус

Контакту доступен. На вопросы отвечает в плане заданного, последовательно. В беседе держится свободно. Кожные покровы и слизистые обычной окраски, чистые, язык покрыт беловатым налетом. Температура тела 36,7°C. Рост 182 см, вес 91 кг. АД – 135/90 мм рт.ст., ЧСС – 87 уд. в мин. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Очаговой неврологической и менингеальной симптоматики нет.

Задачами, реализуемыми врачом терапевтом-участковым на своем приеме в отношении приема алкоголя, ПАВ, никотина Виктором Ш., являются

- выявление курения, избыточного потребления алкоголя и риска развития болезней, связанных с курением, алкоголем и с отравлением суррогатами алкоголя у Виктора Ш. + оказание медицинской помощи курящим и избыточно потребляющим алкоголь по отказу от курения и злоупотребления алкоголя, включая направление Виктора Ш. для консультации и лечения в отделения медицинской профилактики, центры здоровья и специализированные медицинские организации + осуществление мероприятий по формированию здорового образа жизни
- выявление курения, избыточного потребления алкоголя и риска развития болезней, связанных с курением, алкоголем и с отравлением суррогатами алкоголя у Виктора Ш. + направление Виктора Ш. на медицинское освидетельствование для подтверждения факта употребления ПАВ + оказание Виктору Ш. первичной специализированной медико-санитарной и специализированной помощи по профилю «наркология»
- выявление курения, избыточного потребления алкоголя и риска развития болезней, связанных с курением, алкоголем и с отравлением суррогатами алкоголя у Виктора Ш. + выявление метаболитов алкоголя, ПАВ, никотина в биологических жидкостях Виктора Ш. + установление за Виктором Ш. профилактического наблюдения в связи с выявленной наркологической патологией
- выявление курения, избыточного потребления алкоголя и риска развития болезней, связанных с курением, алкоголем и с отравлением суррогатами алкоголя у Виктора Ш. + изучение прямых и непрямых биомаркеров употребления алкоголя + установление за Виктором Ш. динамического наблюдения в связи с выявленной наркологической патологией

Участие Виктора Ш. в диспансеризации взрослого населения в качестве работника сети строительной компании осуществляется

- заочно
- очно, включая прохождение профилактического медицинского осмотра и проведение дополнительных методов обследования
- очно, включая прохождение медицинского освидетельствования на состояние опьянения
- дистанционно, включая проведение телекоммуникационных консультаций различных специалистов

Диспансеризации взрослого населения проводится в + _____ + этапа

- четыре (скрининг, выявление риска злоупотребления ПАВ, дополнительное обследование для уточнения диагноза, определение группы здоровья пациента)
- один (скрининг)
- два (скрининг и дополнительное обследование для уточнения диагноза)
- три (скрининг, выявление риска злоупотребления ПАВ, дополнительное обследование для уточнения диагноза)

Риск пагубного потребления алкоголя и риск потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача при проведении диспансеризации и профилактического медицинского осмотра определяются с помощью

- химико-токсикологического исследования
- медицинского освидетельствования
- анкетирования
- лабораторной диагностики

Пагубное употребление – модель употребления алкоголя, вызывающая

- химико-токсикологического исследования
- медицинского освидетельствования
- анкетирования
- лабораторной диагностики

Видом мотивационного консультирования, которое может быть реализовано с Виктором Ш. в отношении выявленного у него риска пагубного употребления алкоголя, является

- духовное мотивационное консультирование
- углубленное индивидуальное или групповое профилактическое консультирование
- краткое мотивационное консультирование
- ролевое мотивационное консультирование

Направление на углубленное профилактическое консультирование вне рамок профилактического медицинского осмотра осуществляется при

- установленном по результатам анкетирования факте потребления табачных изделий более 20 сигарет в день, риске пагубного потребления алкоголя и (или) риске потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача
- выявлении метаболитов никотина, алкоголя, ПАВ в биологических жидкостях

- подозрении на курение, риск пагубного потребления алкоголя и (или) риск потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача
- наличии у пациента патологического влечения к никотину, алкоголю, наркотическим средствам и психотропным веществам

Курением табака считается

- ежедневное пассивное вдыхание табачного дыма в течение 30 минут и более
- ежедневное выкуривание одной сигареты и более
- эпизодическое выкуривание не менее 10 сигарет в сутки
- ежедневное выкуривание не менее 10 сигарет

Одним из методов, использующихся при проведении мотивационного консультирования лиц с риском пагубного употребления алкоголя, является модель стадий (этапов) готовности к изменениям, разработанная американскими психологами Джеймсом Прохазка и Карло Ди Клементе. Согласно модели стадий (этапов) Виктор Ш. находится на этапе

- действий
- подготовки к изменениям
- предварительных размышлений
- рецидива

С учетом нахождения Виктора Ш. на данном этапе, согласно модели стадий (этапов) готовности к изменениям, наилучшей стратегией врача в отношении Виктора Ш. является

- совместный выбор лучших из возможных путей действий по изменению образа жизни и структурированию этих действий
- уменьшение негативных эмоциональных последствий срыва и подготовка к возврату на стадию предварительных размышлений
- помощь в укреплении намерения изменить поведенческие стереотипы, связанные с употреблением алкоголя
- информирование о последствиях употребления алкоголя

Учитывая жалобы, данные анамнеза, физикального и лабораторного обследования Виктору Ш. можно поставить диагноз

- совместный выбор лучших из возможных путей действий по изменению образа жизни и структурированию этих действий
- уменьшение негативных эмоциональных последствий срыва и подготовка к возврату на стадию предварительных размышлений

- помощь в укреплении намерения изменить поведенческие стереотипы, связанные с употреблением алкоголя
- информирование о последствиях употребления алкоголя

Диагноз

Тактика терапии пагубного употребления алкоголя включает проведение

- совместный выбор лучших из возможных путей действий по изменению образа жизни и структурированию этих действий
- уменьшение негативных эмоциональных последствий срыва и подготовка к возврату на стадию предварительных размышлений
- помощь в укреплении намерения изменить поведенческие стереотипы, связанные с употреблением алкоголя
- информирование о последствиях употребления алкоголя

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Учащийся О.Г., 14-ти лет. Участвует в процедуре социально-психологического тестирования и профилактического медицинского осмотра в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ.

Жалобы

Жалоб не предъявляет. В процедуре социально-психологического тестирования и профилактического медицинского осмотра участвует впервые.

Анамнез заболевания

Профилактическое обследование.

Анамнез жизни

Рос слабым, болезненным ребенком. С первого года жизни наблюдался неврологом по поводу возбудимости, нарушений сна. Физическое развитие проходило с небольшой задержкой, сел в 8 месяцев, пошел самостоятельно в 14 месяцев. В раннем возрасте регулярно проходил курсы массажа и физиотерапевтических процедур. Психическое и речевое развитие - по возрасту. Имел медицинский отвод от прививок до 7-ти лет. Детское дошкольное образовательное учреждение не посещал. В 7 лет и 10 месяцев пошел в общеобразовательную школу. В пятом классе перешел в колледж с углубленным изучением физико-математических предметов. На данный момент учится в 9-ом классе. Успеваемость отличная. Юноша много внимания

уделяет самообразованию, посещает дополнительные занятия по математике и физике

Объективный статус

Юноша контакту доступен, ориентирован верно. Сосредоточен, внимателен. На вопросы отвечает по существу. Голос тихий. Мотивация к участию в социально-психологическом тестировании и профилактическом медицинском осмотре умеренная.

Необходимым условием для проведения социально-психологического тестирования является наличие информированного согласия

- учащегося О.Г. в письменной форме
- родителей учащегося О.Г. в письменной форме
- учащегося О.Г. в устной форме
- классного руководителя или иного представителя колледжа в устной форме

При проведении тестирования руководитель колледжа, проводящего тестирование, обеспечивает соблюдение

- непредвзятости при проведении тестирования и передачу результатов социально-психологического тестирования родителям или официальным опекунам обучающихся
- конфиденциальности при проведении тестирования и при хранении результатов тестирования
- открытости тестирования и передачу результатов социально-психологического тестирования классному руководителю
- анонимности тестирования, оценку результатов и доступ специальных наблюдателей

Профилактической мерой на основании результатов проведенного в колледже социально-психологического тестирования и выявленных высоких рисков немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ в группе учащихся младше пятнадцати лет является

- передача результатов тестирования родителям или законным опекунам учащегося с целью их информирования о выявленных рисках потребления наркотических средств и психотропных веществ
- включение данного образовательного учреждения в список образовательных организаций, участвующих в проведении профилактических медицинских осмотров обучающихся
- передача результатов тестирования в районный наркологический диспансер с последующим проведением медицинского осмотра

- учащихся врачом-психиатром-наркологом с целью раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ
- хранение результатов тестирования в течение одного года с последующим проведением нового тестирования учащихся и сравнением результатов

Учащиеся колледжа направляются в медицинскую организацию, имеющую лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (оказание услуг) по

- психиатрии-наркологии
- терапии
- профилактическим медицинским осмотрам
- педиатрии

Необходимым условием для проведения профилактических медицинских осмотров обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организациях высшего образования является наличие информированного согласия

- учащегося О.Г. в письменной форме
- учащегося О.Г. в устной форме
- родителей учащегося О.Г. в письменной форме
- классного руководителя или иного представителя колледжа в письменной форме

Проведение первого этапа профилактического медицинского осмотра обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организациях высшего образования в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, включает в себя

- учащегося О.Г. в письменной форме
- учащегося О.Г. в устной форме
- родителей учащегося О.Г. в письменной форме
- классного руководителя или иного представителя колледжа в письменной форме

В случае выявления в организме учащегося в ходе предварительных химико-токсикологических исследований наркотических средств и/или психотропных веществ необходимо

- учащегося О.Г. в письменной форме

- учащегося О.Г. в устной форме
- родителей учащегося О.Г. в письменной форме
- классного руководителя или иного представителя колледжа в письменной форме

Профилактический медицинский осмотр учащегося О.Г. считается завершенным после

- проведения всех четырех этапов, включающих профилактическую информационно-разъяснительную беседу и сбор анамнестических сведений, предварительных и подтверждающих химико-токсикологических исследований, разъяснения результатов проведенного профилактического осмотра
- получения результатов подтверждающих химико-токсикологических исследований
- проведения профилактической информационно-разъяснительной беседы с учащимся по вопросам незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, сбора анамнестических сведений и сведений о принимаемых по назначению врача наркотических и психотропных лекарственных препаратах, а также медицинского осмотра, проводимого врачом-психиатром-наркологом
- получения положительного результата предварительного химико-токсикологического исследования, проведенного с использованием методов иммуноферментного или иммунохимического анализа, исключающих визуальную оценку результатов

Дальнейшие действия врача-психиатра-нарколога в отношении учащегося О.Г. заключаются в

- информировании родителей или законных представителей учащегося О.Г. о результатах проведенного профилактического медицинского осмотра в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ
- внесении сведений о результатах профилактического медицинского осмотра в медицинскую документацию обучающегося (историю развития ребенка)
- разъяснении результатов проведенного профилактического осмотра и в направлении учащегося О.Г. в специализированную медицинскую организацию или ее структурное подразделение, оказывающие наркологическую помощь
- установлении диагноза наркологического расстройства

Диспансерное наблюдение для учащегося О.Г

- не требуется
- требуется только при согласии классного руководителя учащегося О.Г
- требуется только при согласии родителей учащегося О.Г
- требуется только при согласии администрации образовательного учреждения, где учится учащийся О.Г

Согласно критериям действующей Международной классификации болезней, учащемуся О.Г. выносится диагноз

- не требуется
- требуется только при согласии классного руководителя учащегося О.Г
- требуется только при согласии родителей учащегося О.Г
- требуется только при согласии администрации образовательного учреждения, где учится учащийся О.Г

Диагноз

Заключение о дальнейшей тактике в отношении учащегося О.Г

- не требуется
- требуется только при согласии классного руководителя учащегося О.Г
- требуется только при согласии родителей учащегося О.Г
- требуется только при согласии администрации образовательного учреждения, где учится учащийся О.Г

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Молодой человек Ю.А., 17-ти лет. Участвует в процедуре социально-психологического тестирования и профилактического медицинского осмотра в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ.

Жалобы

Жалоб не предъявляет.

Анамнез заболевания

В процедуре социально-психологического тестирования и профилактического медицинского осмотра участвует впервые. Два года назад при проведении социально-психологического тестирования и профилактического медицинского осмотра в средней общеобразовательной школе №1841, родители учащегося Ю.А., которому на тот момент не исполнилось 15 лет, написали письменный

отказ от участия сына в мероприятиях по раннему выявлению незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ.

Анамнез жизни

Рос и развивался по возрасту, был здоровым и крепким ребенком. Болел респираторными вирусными заболеваниями реже, чем 1 раз в год. В первый класс школы №1841 поступил в 7 лет и учился до окончания 9-ого класса. После 9-ого класса Ю. А. поступил в колледж военной юстиции.

Объективный статус

Молодой человек контакту доступен, ориентирован верно. На вопросы отвечает по существу.

Необходимым условием для проведения социально-психологического тестирования является наличие информированного согласия

- учащегося Ю.А. в письменной форме
- учащегося Ю.А. в устной форме
- родителей учащегося Ю.А. в письменной форме
- классного руководителя или иного представителя образовательного учреждения в письменной форме

При проведении тестирования руководитель образовательной организации, проводящей тестирование, обеспечивает соблюдение

- открытости тестирования и передачу результатов социально-психологического тестирования классному руководителю
- анонимности тестирования, оценку результатов и доступ специальных наблюдателей
- конфиденциальности при проведении тестирования и при хранении результатов тестирования
- непредвзятости при проведении тестирования и передачу результатов социально-психологического тестирования родителям или официальным опекунам обучающихся

Профилактической мерой на основании результатов проведенного в колледже социально-психологического тестирования и выявленных высоких рисков немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ в группе учащихся старше пятнадцати лет является

- передача результатов тестирования родителям или законным опекунам учащегося с целью их информирования о выявленных рисках потребления наркотических средств и психотропных веществ
- передача результатов тестирования в районный наркологический диспансер с последующим проведением медицинского осмотра

- учащихся врачом-психиатром-наркологом с целью раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ
- хранение результатов тестирования в течение одного года с последующим проведением нового тестирования учащихся и сравнением результатов
 - включение данного образовательного учреждения в список образовательных организаций, участвующих в проведении профилактических медицинских осмотров обучающихся

Учащиеся колледжа военной юстиции направляются в медицинскую организацию, имеющую лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (оказание услуг) по

- профилактическим медицинским осмотрам
- терапии
- педиатрии
- психиатрии-наркологии

Необходимым условием для проведения профилактических медицинских осмотров обучающегося Ю.А. является наличие информированного согласия

- учащегося в устной форме
- учащегося в письменной форме
- родителей учащегося Ю.А. в письменной форме
- классного руководителя или иного представителя колледжа юстиции в письменной форме

Проведение первого этапа профилактического медицинского осмотра обучающихся колледжа военной юстиции в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, включает в себя

- профилактическую информационно-разъяснительную беседу с обучающимся по вопросам незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ + сбор анамнестических сведений и сведений о принимаемых по назначению врача наркотических и психотропных лекарственных препаратах
- сбор анамнестических сведений и сведений о принимаемых по назначению врача наркотических и психотропных лекарственных препаратах + медицинский осмотр, проводимый врачом - психиатром-наркологом + предварительное химико-токсикологическое исследование образца биологической жидкости
- профилактическую информационно-разъяснительную беседу с обучающимся по вопросам незаконного потребления наркотических

- средств и психотропных веществ + медицинский осмотр, проводимый врачом - психиатром-наркологом + предварительное химико-токсикологическое исследование образца биологической жидкости
- профилактическую информационно-разъяснительную беседу с обучающимся по вопросам незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ + сбор анамнестических сведений и сведений о принимаемых по назначению врача наркотических и психотропных лекарственных препаратах + медицинский осмотр, проводимый врачом-психиатром-наркологом

Биологическим объектом для предварительных и подтверждающих химико-токсикологических исследований на наличие наркотических средств и психотропных веществ при проведении профилактического медицинского осмотра обучающихся колледжа военной юстиции в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, является

- профилактическую информационно-разъяснительную беседу с обучающимся по вопросам незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ + сбор анамнестических сведений и сведений о принимаемых по назначению врача наркотических и психотропных лекарственных препаратах
- сбор анамнестических сведений и сведений о принимаемых по назначению врача наркотических и психотропных лекарственных препаратах + медицинский осмотр, проводимый врачом - психиатром-наркологом + предварительное химико-токсикологическое исследование образца биологической жидкости
- профилактическую информационно-разъяснительную беседу с обучающимся по вопросам незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ + медицинский осмотр, проводимый врачом - психиатром-наркологом + предварительное химико-токсикологическое исследование образца биологической жидкости
- профилактическую информационно-разъяснительную беседу с обучающимся по вопросам незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ + сбор анамнестических сведений и сведений о принимаемых по назначению врача наркотических и психотропных лекарственных препаратах + медицинский осмотр, проводимый врачом-психиатром-наркологом

Профилактический медицинский осмотр учащегося Ю.А. считается завершенным после

- проведения профилактической информационно-разъяснительной беседы с учащимся по вопросам незаконного потребления наркотических

средств и психотропных веществ, сбора анамнестических сведений и сведений о принимаемых по назначению врача наркотических и психотропных лекарственных препаратах, а также медицинского осмотра, проводимого врачом-психиатром-наркологом

- проведения четырех этапов профилактического медицинского осмотра, включающих профилактическую информационно-разъяснительную беседу и сбор анамнестических сведений, предварительных и подтверждающих химико-токсикологических исследований, разъяснения результатов проведенного профилактического осмотра
- получения положительного результата предварительных химико-токсикологических исследований, проведенных с использованием методов иммуноферментного или иммунохимического анализа, исключающих визуальную оценку результатов
- получения положительного результата подтверждающих химико-токсикологических исследований, направленных на идентификацию в образцах биологических жидкостей человека наркотических средств, психотропных и иных токсических веществ (их метаболитов)

Дальнейшие действия врача-психиатра-нарколога в отношении учащегося Ю.А. заключаются в

- разъяснении результатов проведенного профилактического осмотра и в направлении обучающегося Ю.А. в специализированную медицинскую организацию или ее структурное подразделение, оказывающие наркологическую помощь
- постановке учащегося Ю.А. на диспансерное наблюдение
- информировании родителей или законных представителей учащегося Ю.А. о результатах проведенного профилактического медицинского осмотра в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ
- установлении учащемуся Ю.А. диагноза наркологического расстройства

В наркологическом диспансере по месту жительства, куда обратился обучающийся Ю.А. после подписания им добровольного информированного согласия, врачом-психиатром-наркологом проводится

- разъяснении результатов проведенного профилактического осмотра и в направлении обучающегося Ю.А. в специализированную медицинскую организацию или ее структурное подразделение, оказывающие наркологическую помощь
- постановке учащегося Ю.А. на диспансерное наблюдение
- информировании родителей или законных представителей учащегося Ю.А. о результатах проведенного профилактического медицинского

- осмотра в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ
- установлении учащемуся Ю.А. диагноза наркологического расстройства

Согласно критериям действующей Международной классификации болезней, учащемуся Ю.А. может быть поставлен диагноз

- разъяснении результатов проведенного профилактического осмотра и в направлении обучающегося Ю.А. в специализированную медицинскую организацию или ее структурное подразделение, оказывающие наркологическую помощь
- постановке учащегося Ю.А. на диспансерное наблюдение
- информировании родителей или законных представителей учащегося Ю.А. о результатах проведенного профилактического медицинского осмотра в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ
- установлении учащемуся Ю.А. диагноза наркологического расстройства

Диагноз

Тактика ведения данного пациента включает

- разъяснении результатов проведенного профилактического осмотра и в направлении обучающегося Ю.А. в специализированную медицинскую организацию или ее структурное подразделение, оказывающие наркологическую помощь
- постановке учащегося Ю.А. на диспансерное наблюдение
- информировании родителей или законных представителей учащегося Ю.А. о результатах проведенного профилактического медицинского осмотра в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ
- установлении учащемуся Ю.А. диагноза наркологического расстройства

Условие ситуационной задачи

Ситуация

36-летний мужчина госпитализирован в психиатрический стационар с запоями в течение длительного времени, невозможность самостоятельно прекратить употребление алкоголя. В течение последних 3-х лет алкоголизация носит постоянный характер. Последнее употребление алкоголя за 12 часов до обращения за мед. помощью. По наблюдениям медперсонала у пациента

отмечается раздражительность, подавленность, легко аффектируется. Сон прерывистый, с частыми ночными пробуждениями. Аппетит снижен.

Жалобы

Пациент жалуется на бессонницу, тревогу, слабость, потливость, головные боли.

Анамнез заболевания

* Данных за отягощенную наследственность нет. * Начало употребления алкоголя в 15 лет, по субмиссивным мотивам. Систематически употреблял алкоголь с 25 лет в компаниях, по выходным дням, мотивация - традиционная, атарактическая. Палимпсесты с 29 лет, с того же периода отмечается предпочтение крепких спиртных напитков, рост толерантности до 0,5 л крепкого алкоголя. Алкогольный абстинентный синдром сформирован с 30 лет, когда впервые появились псевдозапой по 2-3 дня, проявляющиеся соматовегетативными и аффективными расстройствами. Ситуационный и количественный контроль утрачен. В течение последних 3-х лет алкоголизация носит постоянный характер. Толерантность до 4,0 л пива. Отмечаются амнестические, дисфорические формы опьянения.

Анамнез жизни

* Наследственность не отягощена. Раннее развитие без особенностей. Образование 9 классов ООШ, работал на подсобных работах. Холост, проживает с матерью. * Перенесенные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания. * Хронические заболевания: хронический бронхит, вне обострения. * Аллергологический анамнез без патологии. * Эпидемиологический анамнез: венерические заболевания, инфекционные гепатиты, туберкулез отрицает, привит от кори по возрасту в детстве.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 182 см, масса тела 70 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Лицо гиперемировано. Периферических отеков нет. Язык обложен желтым налетом. Дыхание жесткое, проводится во все отделы легких, хрипов нет, ЧДД 20 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 110 в 1 мин, АД 140/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см.

Неврологический статус

Зрачки округлой формы, симметричные S=D. Фотореакции живые, содружественные. Сухожильные рефлексы в норме. Чувствительность сохранена. Пальценосовую пробу выполняет верно. В позе Ромберга устойчив. Очаговой симптоматики нет. Менингеальных знаков нет.

Психический статус

Сознание клинически не помрачено. Ориентирован в месте, времени и

собственной личности верно. Контакт доступен. Настроение снижено, подавлен, раздражителен, легко аффектируется. Мышление с наклонностью к конкретизации, примитивен и легковесен в суждениях. Личностно изменен по алкогольному типу, лжив, преуменьшает масштабы алкоголизации. Бредовые идеи не высказывает, обманы восприятия не выявляются. Без агрессивных и суицидных тенденций. В поведении упорядочен. Критика к заболеванию частичная.

Состояние данного пациента расценивается как

- рекуррентное депрессивное расстройство
- алкогольный абстинентный синдром
- опиный абстинентный синдром
- синдром отмены кокаина

К обязательным лабораторным исследованиям относятся

- рекуррентное депрессивное расстройство
- алкогольный абстинентный синдром
- опиный абстинентный синдром
- синдром отмены кокаина

Результаты лабораторных методов обследования

К обязательным инструментальным исследованиям относится

- рекуррентное депрессивное расстройство
- алкогольный абстинентный синдром
- опиный абстинентный синдром
- синдром отмены кокаина

Результаты инструментального метода обследования

Данному пациенту не показаны

- нормотимики
- антидепрессанты
- М-холиномиметики
- гепатопротекторы

Данному пациенту показаны

- М-холиномиметики
- β -адреноблокаторы
- мембраностабилизаторы

- петлевые диуретики

Препаратами первой линии являются

- гомеопатические препараты с седативным действием
- седативные средства растительного происхождения
- транквилизаторы бензодиазепинового ряда
- антидепрессанты четырехциклической структуры

Наличие абстинентного алкогольного синдрома у данного пациента является показанием к

- проведению дезинтоксикационной терапии
- назначению пациенту сердечных гликозидов
- назначению препаратов алифатического ряда
- назначению производных бензодиазепинов

Рекомендованный объем вводимой жидкости при дезинтоксикационной терапии составляет + _____ + мл/кг

- 80-100
- 40-60
- 50-70
- 10-20

Алкогольный абстинентный синдром возникает в пределах + _____ + часов после последнего употребления спиртного

- 6-48
- 1-12
- 24-72
- 12-24

Нейролептики назначаются

- при астенических или неврастенических расстройствах
- для терапии суицидального или агрессивного поведения
- при депрессивных или дисфорических проявлениях
- для лечения сопутствующих соматических заболеваний

Одним из наиболее распространенных вариантов поведенческой психотерапии при лечении больных алкоголизмом является

+ _____ + терапия

- нейролингвистическая

- когнитивно-аналитическая
- танцевально-двигательная
- условно-рефлекторная

Метаболизм этанола сопровождается усиленным образованием активных форм кислорода, разрушающих гепатоциты в реакции с цитохромом

- нейролингвистическая
- когнитивно-аналитическая
- танцевально-двигательная
- условно-рефлекторная

Условие ситуационной задачи

Ситуация

39-летняя женщина госпитализирована в психиатрический стационар с жалобами на влечение к спиртному, недомогание, тревогу. Последнее употребление алкоголя за 8 часов до поступления. Запой до 3-х суток. Алкогольные психозы, судорожные припадки отрицает. Обратилась на прием самостоятельно, госпитализирована. По наблюдениям медперсонала у пациента отмечается раздражительность, тревога, снижение аппетита.

Жалобы

Пациентка жалуется на влечение к спиртному, недомогание, тревогу, слабость, сниженное настроение.

Анамнез заболевания

Анамнез отягощен алкоголизмом отца. Начало употребления алкоголя с 18 лет, мотивация – традиционная. Систематически употребляет алкоголь с 23 лет. ААС сформирован, отмечается с 28 лет, проявляется соматовегетативными расстройствами, раздражительностью. Толерантность «плато», максимальная доза 1,0 л вина в сутки.

Анамнез жизни

* Раннее развитие без особенностей. В школу пошла с 7 лет. Училась хорошо, классы не дублировала. По характеру формировалась активной, любознательной, энергичной. Окончила 11 классов ООШ. * хронические заболевания отрицает * профессиональных вредностей не имеет * аллергических реакций не было * Перенесла ЗЧМТ в возрасте 29 лет в результате ДТП, судорожные припадки отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 155 см, масса тела 46 кг. Кожные покровы

обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание жесткое, проводится во все отделы легких, хрипов нет, ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 99 в 1 мин, АД 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги.

Неврологический статус

Зрачки округлой формы, симметричные S=D. Фотореакции живые, содружественные. Сухожильные рефлексы в норме. Чувствительность сохранена. Пальценосовую пробу выполняет верно. В позе Ромберга устойчива. Очаговой симптоматики нет. Менингеальных знаков нет.

Психический статус

Сознание клинически не помрачено. Ориентирована в месте, времени и собственной личности верно. Контакт доступен формально. Тревожна, настроение несколько снижено, раздражительна. В суждениях поверхностна, лжива, склонна преуменьшать масштабы алкоголизации. Мышление без структурных нарушений. Бредовые идеи не высказывает, обманы восприятия не выявляются. Без агрессивных и суицидных тенденций. В поведении упорядочена. Критика к заболеванию формальная. Appetit снижен. Время в отделении проводит в палате, спит. К общению не стремится.

К обязательным лабораторным исследованиям относятся

- нейролингвистическая
- когнитивно-аналитическая
- танцевально-двигательная
- условно-рефлекторная

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимому у данного пациента инструментальному методу исследования относится

- нейролингвистическая
- когнитивно-аналитическая
- танцевально-двигательная
- условно-рефлекторная

Результаты инструментального метода обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- нейролингвистическая
- когнитивно-аналитическая

- танцевально-двигательная
- условно-рефлекторная

Диагноз

Дифференциальный диагноз проводится с

- конверсионным расстройством
- депрессивным расстройством
- расстройством половой идентификации
- расстройством влечений и привычек

Целью лечения данного пациента является

- полное прекращение употребления алкоголя
- купирование абстинентного состояния
- улучшение общесоматического состояния
- купирование острой интоксикации

Для лечения интоксикации алкоголем чаще используют

- гомеопатические препараты
- бензодиазепины
- метаболические препараты
- этаноламиды

Из бензодиазепинового ряда чаще всего применяют

- доксиламин
- афобазол
- феназепам
- амизил

Тяжелым наркологическим больным с эпилептиформными припадками назначают

- прегабалин
- фенитоин
- этосуксимид
- карбамазепин

В комплексном лечении тяжелого алкогольного синдрома перспективно применение

- нейропептидов

- транквилизаторов
- нейролептиков
- антидепрессантов

Помимо медикаментозной терапии данному пациенту показано

- определение наркотических веществ в крови
- обследование на концентрацию дофамина в крови
- психотерапевтическое консультирование
- выявление сопутствующих соматических заболеваний

При лечении синдрома отмены предполагает назначение препаратов из группы

- антидепрессантов
- бензодиазепинов
- нейролептиков
- барбитуратов

Алкоголь – одна из главных причин поражения

- антидепрессантов
- бензодиазепинов
- нейролептиков
- барбитуратов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

39-летний мужчина обратился к психиатру-наркологу.

Жалобы

На влечение к наркотику, слабость, потливость, тревогу, мышечные и суставные боли, сниженное настроение, головную боль, нарушение сна и аппетита, общий дискомфорт.

Анамнез заболевания

Потребляет опиоиды с 17 лет. Характер потребления ежедневный. В настоящее время употребляет героин внутривенно. Толерантность возросла до 2,0 грамм в сутки за 2-3 приёма. Синдром отмены сформирован. Выражен умеренно, продолжительностью 5 дней. Пытался самостоятельно бросить наркотик, спонтанные ремиссии до 6 месяцев. Последнее употребление наркотика 6 дней назад. Ранее неоднократно проходил лечение в наркологическом стационаре.

Последняя госпитализация в 2015 году. В 1998 году привлекался к уголовной ответственности: ст. 158 (ч.3). Осуждён условно.

Анамнез жизни

Наследственность не отягощена. Единственный ребенок в семье. Воспитывался матерью. Развитие в детском и подростковом возрасте в соответствии с возрастом. Образование: средняя школа 9 классов. Служба в армии: нет, по судимости. Работал автослесарем. В настоящее время не работает, находится на иждивении у матери. Холост, детей нет.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы гиперемированы, повышенной влажности, пилоэрекция. Вены склерозированы. Обнаруживаются следы внутривенных инъекций по ходу вен предплечья. Ран, ссадин, сыпи не выявлено. Периферические лимфоузлы не увеличены. Подкожно-жировая клетчатка выражена умеренно. Склеры субиктеричны, инъецированы, наблюдается слезотечение. Зев без особенностей. Язык влажный, обложен белым налетом. Температура тела 36,9 С. Пульс 108 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 140 /90 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное. Хрипы не выслушиваются. ЧД Д 21 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, умеренно чувствительная при пальпации. Селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Неврологический статус

Зрачки округлой формы, симметричные S =D. Реакция зрачков на свет вялая, симметричная. Нистагм мелкоамашистый. Сухожильные рефлексы повышены. Чувствительность сохранена. Пальценосовую пробу выполняет с коррекцией. Глотание не нарушено. В позе Ромберга напряжен, покачивается. Тремор рук, головы, языка. Гипергидроз. Очаговой симптоматики нет. Менингеальных знаков нет.

Психический статус

Ориентирован в месте, времени и собственной личности верно. Внешне напряжен, тревожен. Контакт доступен в полном объеме. На вопросы отвечает по существу. Речь замедлена. Фон настроения снижен. Внимание быстро истощается. Память на текущие события сохранена. Бреда галлюцинаций на момент осмотра не выявлено. Критика к своему состоянию ситуационная. Установка на лечение ситуационная, обусловленная тяжестью состояния.

К обязательным лабораторным исследованиям относятся

- антидепрессантов
- бензодиазепинов

- нейролептиков
- барбитуратов

Результаты лабораторных методов обследования

К обязательным инструментальным исследованиям относится

- антидепрессантов
- бензодиазепинов
- нейролептиков
- барбитуратов

Результаты инструментального метода обследования

Основным предполагаемым диагнозом является

- антидепрессантов
- бензодиазепинов
- нейролептиков
- барбитуратов

Диагноз

Симптомом, нехарактерным для опийного абстинентного синдрома, является

- пилоэрекция
- эпилептиформный припадок
- раздражительность
- тревожное состояние

Для купирования тревоги данному пациенту показаны

- антиконвульсанты
- анксиолитики
- антидепрессанты
- нейролептики

Главным механизмом действия транквилизаторов бензодиазепинового ряда является

- угнетение катехоламинореактивных систем гипоталамуса и ретикулярной формации мозга
- изменение биоэнергетических процессов в нервной клетке
- стимулирующее действие на «бензодиазепиновую» часть ГАМК-рецепторов, регулирующих активность хлорных каналов

- взаимодействие препаратов с моноаминергическими нейромедиаторными системами головного мозга

Препаратом, применяющимся при отравлениях опиоидами (в случае передозировки) и для диагностики опиийной зависимости, является

- пиритинол
- клонидин
- налоксон
- трамадол

Для купирования психомоторного возбуждения, поведенческих расстройств, других проявлений патологического влечения к наркотику, целесообразно назначить

- нейролептики
- антиконвульсанты
- транквилизаторы
- антидепрессанты

Основным показанием к назначению антипсихотиков в наркологической практике является

- нарушение сна различного генеза
- стойкое снижение настроения более 2 недель
- полидипсия нейрогормональной природы
- опиийный абстинентный синдром

Высокой эффективностью в купировании опиийного абстинентного синдрома обладает

- аминазин
- дроперидол
- галоперидол
- тиапридал

Резкое сужение зрачков, нечувствительность к боли, бледность, сухость кожных покровов, артериальная гипертензия, затем понижение АД, снижение ЧСС и ЧДД, сухость во рту, снижение тонуса скелетной мускулатуры характерны для

- алкогольной интоксикации
- синдрома отмены кокаина
- острой опиийной интоксикации

- синдрома зависимости от кокаина

Для передозировки опиоидов характерно

- алкогольной интоксикации
- синдрома отмены кокаина
- острой опиоидной интоксикации
- синдрома зависимости от кокаина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

23-летняя девушка госпитализирована в психиатрический стационар. Накануне поступления была суицидальная попытка путем удушения ремнем. Известно, что 3 дня назад поссорилась с сожителем в связи с отсутствием наркотического вещества кокаина. По наблюдениям медперсонала у пациентки отмечается раздражительность, дисфоричность, вялость, замкнутость, нарушение сна и повышение аппетита.

Жалобы

Пациентка жалуется на усталость, сниженное настроение, раздражительность, суицидальные мысли.

Анамнез заболевания

Наличие отягощенной наследственности отрицает. Потребляет ПАВ с 16 лет. Характер потребления ежедневный. В настоящее время употребляет кокаин интраназально. Толерантность возросла до 2,0 грамм в сутки за 2-3 приёма. Синдром отмены сформирован. Выражен умеренно, продолжительностью 6 дней. Спонтанные ремиссии до 2 месяцев. Последнее употребление наркотика 4 дня назад. Ранее пациентка проходила стационарное лечение в наркологической больнице в связи с зависимостью, связанной с сочетанным употреблением наркотиков и других психоактивных веществ.

Анамнез жизни

Со слов больной, родители и близкие родственники психически здоровы. Наличие среди родственников случаев самоубийств, алкоголиков, наркоманов, больных сифилисом и другими хроническими инфекционными заболеваниями, обменными расстройствами отрицает. Беременность и роды у матери протекали без осложнений. Развивалась правильно. Воспитывалась в полной семье, отношения в семье нормальные. В школу пошла в 7 лет, училась хорошо, но часто сбегала с уроков математики, так как ей не нравился этот

предмет. Часто конфликтовала с учителями. Помимо школы занималась каратэ-до в течение 7 лет. Из перенесенных заболеваний – редкие ОРЗ.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 158 см, масса тела 64 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание жесткое, проводится во все отделы легких, хрипов нет, ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги.

Неврологический статус

Зрачки округлой формы, симметричные S = D. Фотореакции живые, содружественные. Сухожильные рефлексы в норме. Чувствительность сохранена. Пальценосовую пробу выполняет верно. В позе Ромберга устойчива. Очаговой симптоматики нет. Менингеальных знаков нет.

Психический статус

Сознание клинически не помрачено. Всесторонне ориентирована верно. Внешне не опрятна. Во время беседы сидит в однообразной позе, жалуется на слабость, вялость, сниженное настроение, раздражительность. Высказывает суицидальные мысли, которые возникли несколько дней назад. Галлюцинации отрицает, бредовых идей активно не высказывает. Аффективный фон неустойчивый, настроение в течение дня без суточной динамики. Appetit повышен. Время в отделении проводит в палате, спит. К общению не стремится.

Данное состояние можно расценить как

- синдром отмены кокаина
- опийный абстинентный синдром
- алкогольное абстинентное состояние
- депрессивное расстройство

К необходимым в данной ситуации лабораторным методам диагностики относятся

- синдром отмены кокаина
- опийный абстинентный синдром
- алкогольное абстинентное состояние
- депрессивное расстройство

Результаты лабораторных методов обследования

К обязательным инструментальным исследованиям относится

- синдром отмены кокаина
- опийный абстинентный синдром
- алкогольное абстинентное состояние
- депрессивное расстройство

Результаты инструментального метода обследования

Данному пациенту можно выставить диагноз

- синдром отмены кокаина
- опийный абстинентный синдром
- алкогольное абстинентное состояние
- депрессивное расстройство

Диагноз

Одна из задач терапии кокаиновой зависимости заключается в

- повышении силы и выносливости дыхательной мускулатуры
- организации социальной поддержки пациента
- восстановлении и поддержании объема циркулирующей крови
- лечении психопатологических нарушений в период интоксикации

Современный подход к лечению синдрома отмены предполагает назначение препаратов из группы

- фенотиазинов
- барбитуратов
- бутерофенонов
- бензодиазепинов

Данному пациенту показаны

- антипсихотики
- сердечные гликозиды
- седативные средства
- антидепрессанты

Критерием эффективности, проводимой терапии у данного пациента, является

- нормализация лабораторных показателей
- уменьшение частоты употребления ПАВ
- купирование инсомнических расстройств
- стабилизация психофизического состояния больного

Передозировка транквилизаторами проявляется в виде

- психоэмоционального возбуждения, чувства страха и тревоги, учащенного сердцебиения, озноба
- резкой заторможенности вплоть до ступора, глубокого сна продолжительностью до 2 суток
- снижении концентрации внимания и работоспособности, сонливости, слабости, головокружения
- учащенного сердцебиения, тремора всего тела, болевых ощущений в конечностях, тошноты, рвоты

Острые проявления синдрома отмены кокаина исчезают в течение

- 8 недель
- 10-14 дней
- 2 месяцев
- 2-3 дней

При интраназальном приеме кокаина эйфория достигается в течение

- 30 минут
- 5-10 мин
- 60-90 мин
- 24 часов

Соматическим осложнением, чаще встречающимся у лиц, злоупотребляющих кокаином, является

- 30 минут
- 5-10 мин
- 60-90 мин
- 24 часов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Молодой мужчина 21 года осмотрен психиатром-наркологом в приемном покое ГКБ.

Жалобы

Расторможенность, агрессивность, эмоциональная лабильность, импульсивность, раздражительность, шаткость походки, нарушение

координации движений, нарушение концентрации внимания, заторможенность.

Анамнез заболевания

Доставлен в приемный покой машиной «скорой помощи». Ранее алкоголь не употреблял. За два часа до госпитализации употребил большое количество алкоголя (водка) на праздновании дня рождения друга по субмиссивным мотивам. Через полчаса стал раздражительным, агрессивным, вел себя неадекватно, пытался раздеться зимой на улице. Окружающими была вызвана бригада «скорой помощи». Госпитализирован в ГКБ.

Анамнез жизни

* Наследственность, со слов, психическими и наркологическими заболеваниями неотягощена. Роды и раннее развитие без особенностей. Образование высшее неоконченное. Не женат, детей нет. Проживает совместно с другом в благоприятных условиях. Работает курьером. * Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ, аппендэктомия в 2009г. * Хронические заболевания отрицает. * Эпидемиологический анамнез неотягощен. * Аллергологические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты отрицает

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост 173 см, масса тела 70 кг. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, гиперемия лица, инъектированность конъюнктив и склер. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 22 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ЧСС=PS=108 в 1 мин, АД 105/70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Неврологически выявляется нарушение координации движений, миопопадание с двух сторон, нистагм. Дизартрия, снижение болевой и температурной чувствительности.

К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относятся

- 30 минут
- 5-10 мин
- 60-90 мин
- 24 часов

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для подтверждения диагноза лабораторным исследованиям относятся

- 30 минут

- 5-10 мин
- 60-90 мин
- 24 часов

Результаты лабораторных методов обследования

Для точной оценки концентрации этанола в крови и моче необходимо выполнить

- 30 минут
- 5-10 мин
- 60-90 мин
- 24 часов

Результаты обследования

Двухразовое проведение забора крови с интервалом 1 час необходимо для

- определения нужного количества реактива
- проверки болевой чувствительности
- калибровки хроматографа
- определения фазы отравления

Обязательным инструментальным исследованием в данном случае является

- магниторезонансная томография (МРТ) головного мозга
- УЗИ почек
- ультразвуковое исследование (УЗИ) (ЭХО-скопия) головного мозга
- эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС)

Концентрация этанола в крови при алкогольном опьянении средней степени составляет + _____ + ммоль/л

- 250-400
- 100-250
- 400-700
- 700-1000

Для состояния алкогольного опьянения характерен такой симптом, как

- горизонтальный нистагм
- вертикальный нистагм
- анизокория
- ригидность затылочных мышц

Данное состояние является

- состоянием патологического опьянения
- острой интоксикацией с делирием
- синдромом отмены алкоголя
- острой алкогольной интоксикацией

В данном случае можно установить + _____ + степень тяжести опьянения

- состоянием патологического опьянения
- острой интоксикацией с делирием
- синдромом отмены алкоголя
- острой алкогольной интоксикацией

Диагноз

При состоянии алкогольного опьянения в качестве усиления естественной детоксикации рекомендовано

- ванна со льдом
- гастроэнтеросорбция
- промывание желудка зондовое
- назначение ноотропов

Форсированный диурез с ощелачиванием применяется с целью

- коррекции водно-электролитного баланса
- предупреждения печеночно-почечной недостаточности
- элиминации кислых продуктов биотрансформации этанола
- снижения артериального давления

Для коррекции метаболического ацидоза используют

- коррекции водно-электролитного баланса
- предупреждения печеночно-почечной недостаточности
- элиминации кислых продуктов биотрансформации этанола
- снижения артериального давления

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 22-х лет осмотрена психиатром-наркологом в приемном покое ГKB.

Жалобы

Расторможенность, агрессивность, эмоциональная лабильность, импульсивность, раздражительность, шаткость походки, нарушение координации движений, нарушение концентрации внимания, заторможенность.

Анамнез заболевания

Доставлена в приемный покой машиной «скорой помощи». Ранее алкоголь не употребляла. За два часа до госпитализации употребила большое количество алкоголя (водка) на праздновании завершения сессии с гедонистической целью. Через полчаса стала расторможенной, агрессивной, вела себя нетипично, пыталась раздеться зимой на улице. Окружающими была вызвана бригада «скорой помощи». Госпитализирована в ГКБ.

Анамнез жизни

* Наследственность, со слов, психическими и наркологическими заболеваниями неотягощена. Роды и раннее развитие без особенностей. Образование высшее неоконченное. Не замужем, детей нет. Проживает совместно с сожителем в благоприятных условиях. Не работает. * Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРЗ, аппендэктомия в 2009г. * Хронические заболевания отрицает. * Эпидемиологический анамнез неотягощен. * Аллергологические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты отрицает

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост 153 см, масса тела 50 кг. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, гиперемия лица, инъектированность конъюнктив и склер. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 22 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ЧСС=PS=108 в 1 мин, АД 105/70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Неврологически выявляется нарушение координации движений, миоподпадание с двух сторон, нистагм. Дизартрия, снижение болевой и температурной чувствительности.

К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относятся

- коррекции водно-электролитного баланса
- предупреждения печечно-почечной недостаточности
- элиминации кислых продуктов биотрансформации этанола
- снижения артериального давления

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для подтверждения диагноза лабораторным исследованиям относятся

- коррекции водно-электролитного баланса
- предупреждения печеночно-почечной недостаточности
- элиминации кислых продуктов биотрансформации этанола
- снижения артериального давления

Результаты лабораторных методов обследования

Для точной оценки концентрации этанола в крови и моче необходимо выполнить

- коррекции водно-электролитного баланса
- предупреждения печеночно-почечной недостаточности
- элиминации кислых продуктов биотрансформации этанола
- снижения артериального давления

Результаты обследования

Двухразовое проведение забора крови с интервалом 1 час необходимо для

- определения фазы отравления
- проверки болевой чувствительности
- определения нужного количества реактива
- калибровки хроматографа

Обязательным инструментальным исследованием в данном случае является

- магниторезонансная томография (МРТ) головного мозга
- УЗИ почек
- электрокардиография (ЭКГ)
- ультразвуковое исследование (УЗИ) (ЭХО-скопия) головного мозга

Концентрация этанола в крови при алкогольном опьянении средней степени составляет + _____ + ммоль/л

- 100-250
- 400-700
- 250-400
- 700-1000

Для состояния алкогольного опьянения характерен такой симптом, как

- анизокория

- ригидность затылочных мышц
- дизартрия
- вертикальный нистагм

Данное состояние является

- острой алкогольной интоксикацией
- острой интоксикацией с делирием
- синдромом отмены алкоголя
- состоянием патологического опьянения

В данном случае можно установить + _____ + степень тяжести

- острой алкогольной интоксикацией
- острой интоксикацией с делирием
- синдромом отмены алкоголя
- состоянием патологического опьянения

Диагноз

При состоянии алкогольного опьянения в качестве усиления естественной детоксикации рекомендовано

- применение ванны со льдом
- проведение гастроэнтеросорбции
- промывание желудка (ПЖ) зондовое
- назначение ноотропов

Форсированный диурез с ощелачиванием применяется с целью

- предупреждения печеночно-почечной недостаточности
- снижения артериального давления
- элиминации кислых продуктов биотрансформации этанола
- коррекции водно-электролитного баланса

Для коррекции метаболического ацидоза используют

- предупреждения печеночно-почечной недостаточности
- снижения артериального давления
- элиминации кислых продуктов биотрансформации этанола
- коррекции водно-электролитного баланса

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Дежурный врач приемного покоя психиатрической больницы вызван к мужчине 58 лет доставленного в больницу родственниками.

Жалобы

Активно медицинских жалоб не высказывает.

Анамнез заболевания

Со слов родственников, пациент длительное время 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 двое суток до обращения к врачам. За сутки до настоящего обращения, на дому, амбулаторно, получал внутривенные вливания («купирование запоя») (по предоставленным родственниками записям: инфузионная терапия (NaCl 800,0+MgSO4 10,0+KCl 10,0), финлепсин 400 мг утром, 2 мг феназепама, тиамин в/м, «паглюферал – 3» 1 таблетка. После проведенных мероприятий - спиртные напитки не употреблял, проспал 4 часа. К ночи того же дня стал беспокоен, тревожен; говорил, что не может уснуть, что его что-то беспокоит. Не мог описать, что именно беспокоит. Ночь практически не спал. В течении ночи принял еще 4 мг феназепама. Утром и в течении дня спал урывками; при пробуждении сразу не мог понять где находится. К вечеру стал возбужденным, агрессивным. Находясь в квартире считал, что на него напали «инопланетные существа», которые маскировались под разные предметы. Разговаривал с предметами мебели, дрался с несуществующими людьми. Попытка выбросить из окна стол, стулья. Удивлялся, почему жена и сын не видят «всего происходящего». Требовал, чтобы его связали с МЧС, с космическими войсками. В связи с тем, что психиатрическая больница находится рядом с домом, родственники приняли решение отвезти его к врачу. Больной согласился проехать с ними при условии общения с представителями МЧС.

Анамнез жизни

По данным мед. документации: * из родственников никто к психиатрам не обращался, отец умер от рака, матери 86 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; * постоянного места работы не имеет.

Объективный статус

Считает, что находится в МЧС, принимает врача за сотрудника МЧС. Больной рассказывает, что на него напали «какие-то существа», пытаются его убить

разными способами. В беседе вдруг замолкает, указывая на тумбочку, говорит «вон он там сидит, разве вы его не видите». Временами становится возбужденным, агрессивным, требует чтобы его спрятали. При переводе взгляда на тумбочку замолкает, показывает какие-то жесты. При просьбе врача рассказать, что он делает - говорит: «надо убедить их, что я безобидный, и не знаю никаких их секретов». При предъявлении чистого листа бумаги, рассказывает, что видит какие-то схемы, - «наверное это их ракета».

Данного больного необходимо

- наблюдать амбулаторно в психиатрическом стационаре
- госпитализировать в специализированный стационар
- направить в психоневрологический диспансер по месту жительства
- направить на плановую госпитализацию в психиатрический стационар

Госпитализация данного пациента возможна

- только при наличии информированного добровольного согласия на госпитализацию
- при наличии информированного добровольного согласия на госпитализацию от жены пациента
- даже при отсутствии информированного добровольного согласия на госпитализацию
- при наличии направления из психо-неврологического стационара

Для дальнейшего лечения в психиатрическом (наркологическом) стационаре необходимо провести

- только при наличии информированного добровольного согласия на госпитализацию
- при наличии информированного добровольного согласия на госпитализацию от жены пациента
- даже при отсутствии информированного добровольного согласия на госпитализацию
- при наличии направления из психо-неврологического стационара

Результаты обследования

У данного пациента можно выявить симптом

- Рейхарта
- Альфельда
- Рейтера
- Ровзинга

У больного имеются симптомы психического расстройства, в том числе

- амбивалентность, псевдогаллюцинации, нецеленаправленность мышления
- бред, агитация, галлюцинации
- псевдогаллюцинации, психомоторное возбуждение, навязчивые идеи
- конверсионные симптомы, галлюцинации, истерическое возбуждение

Данному больному, в соответствии с критериями МКБ-10, следует выставить диагноз

- амбивалентность, псевдогаллюцинации, нецеленаправленность мышления
- бред, агитация, галлюцинации
- псевдогаллюцинации, психомоторное возбуждение, навязчивые идеи
- конверсионные симптомы, галлюцинации, истерическое возбуждение

Диагноз

Повышение + _____ + у данного пациента указывает на длительное злоупотребление алкоголем

- глюкозы крови
- эозинофилов (Эозинофильных гранулоцитов)
- MCV (mean corpuscular volume) – средний объем эритроцитов
- WBC (white blood cell) - лейкоцитов

Для купирования острого психотического состояния данному больному, в первую очередь, показано назначение

- антидепрессантов и антиконвульсантов
- тимостабилизаторов и витаминов группы В
- нейролептиков и транквилизаторов
- ноотропных препаратов и психостимуляторов

У пациента есть показания для назначения

- 5-10 мг алимемазина
- 5-10 мг галоперидола
- 5-10 мг хлорпромазина
- 5-10 мг хлорпротиксена

При лечении данного пациента антипсихотическими средствами, а именно галоперидолом, следует опасаться возникновения

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

При «профессиональном» делирии больному следует

- назначить алимемазин в высоких дозах
- не назначать психотропные средства
- назначить хлорпромазин в малых дозах
- назначить галоперидол в средних терапевтических дозах

+ + является последствием алкогольного делирия

- назначить алимемазин в высоких дозах
- не назначать психотропные средства
- назначить хлорпромазин в малых дозах
- назначить галоперидол в средних терапевтических дозах

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Психиатр-нарколог вызван в гепатологическое отделение ЦРБ, к больному 29 лет, проходящему лечение по поводу ХВГ «С».

Жалобы

На периодически возникающую тягу к приему героина, перепады настроения, тревогу, плохой аппетит, раздражительность.

Анамнез заболевания

Мужчина 29 лет поступил в гепатологическое отделение ЦРБ для лечения хронического вирусного гепатита «С». Из анамнеза известно, что впервые наркотические препараты пробовал в 18 лет. В то время употреблял «план», марихуану. Со слов пациента «курил не систематически, в компаниях с друзьями». В 22 года, учась на втором курсе института, впервые попробовал героин. Вначале принимал интраназально, но очень быстро перешел на внутривенный прием. Через два-три месяца начал употреблять систематически. Сформировался абстинентный синдром с болями в мышцах, суставах, сниженным настроением, нарушением сна, судорогами, ознобом. Постепенно для получения желаемого эффекта доза наркотического препарата увеличивалась. Когда больному было 27 лет впервые прошел лечение в наркологической клинике (там же выявили ХВГ «С»). После лечения не употреблял около года. Затем возобновил прием героина. Через некоторое

время встретил девушку, которая поставил условие для их дальнейшего общения, чтобы пациент прекратил употребление героина и прошел лечение по поводу ХВГ «С». За полтора месяца до обращения в гепатологическое отделение, вновь прошел курс лечение в частной наркологической клиники, где провели дезинтоксикационную терапию в течении семи дней и предложили пройти курс реабилитации. Больной отказался и выписался из стационара. В дальнейшем, со слов пациента, наркотические препараты опийной группы не принимал, эпизодически употреблял марихуану. Последнее употребление марихуаны за неделю до настоящей госпитализации. Для улучшения сна самостоятельно принимал феназепам, до 3 мг на ночь. Обратился в гепатологическое отделение за два дня до настоящего осмотра и был госпитализирован.

Анамнез жизни

* Из родственников никто к психиатрам и наркологам не обращался. * Курит по 1 пачки сигарет * Из перенесенных заболеваний: детские инфекции; в 27 лет диагностирован ХВГ «С» * Живет гражданским браком, детей нет * Работает в логистической компании

Объективный статус

Свободно проходит в кабинет для беседы. В разговоре напряжен, несколько тревожен. Настроение снижено. С неохотой рассказывает об употреблении наркотических препаратов. Говорит, что «сейчас бы не отказался». Просит назначить препараты от «тяги». Рассказывает, что после «детокса - ломки не было», но расстроился сон и настроение, часто снится момент употребления героина. 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 девушке. Складывается впечатление, что пациент скрывает некоторые факты из жизни.

Психиатрическое освидетельствование данного больного проводится

- только при наличии письменного информированного добровольного согласия пациента
- при наличии письменного направления от лечащего врача
- при устном согласии пациента
- только при наличии решения консилиума врачей

В краткосрочной перспективе, для дальнейшего лечения данного пациента следует

- направить в психосоматическое отделение больницы
- оставить в гепатологическом отделении и выполнять назначения психиатра-нарколога
- прервать лечение и направить в наркологический диспансер по месту жительства
- перевести в наркологическое отделение больницы

Для уточнения текущего состояния пациента, а именно для выявления наркотических веществ, целесообразно провести

- тест Купера
- одномоментный иммунохроматографический тест
- одномоментный окклюзионный тест
- тест Люшера

На момент осмотра больного, в соответствии с критериями МКБ-10, следует выставить диагноз

- тест Купера
- одномоментный иммунохроматографический тест
- одномоментный окклюзионный тест
- тест Люшера

Диагноз

**+ _____ + - ведущий
психопатологический синдром на момент осмотра пациента**

- Патологическое влечение к психоактивным веществам
- Ипохондрический синдром
- Депрессивный синдром
- Синдром абстиненции

Одними из признаков синдрома отмены при опийной наркомании являются

- сужение зрачка, ринорея, снижение температуры тела
- сонливость, эйфория, сухость кожных покровов
- бессонница, дисфория, повышенная потливость
- бледность кожных покровов, угнетение дыхания, задержка мочи

+ _____ + - антипсихотик, обычно не используется для купирования патологического влечения к психоактивным веществам

- Дроперидол

- Зуклопентиксол
- Алимемазин
- Зуклопентиксола деканоат

**+ _____ + не рекомендован к использованию при лечении
данного пациента**

- Кветиапин до 750 мг в сутки
- Галоперидол до 200 мг в сутки
- Флувоксамин в дозе до 200 мг в сутки
- Алимемазин в дозе до 400 мг в сутки

**+ _____ + не
является показанием к назначению антипсихотиков при болезни зависимости**

- Тяжелые расстройства сна
- Выраженные идеаторные расстройства
- Психомоторное возбуждение
- Наркотическая интоксикация веществами опийной группы тяжелой степени

Пациенту, для поддержания ремиссии, рекомендовано назначить

- бупренорфин
- дисульфирам
- бромокриптин
- налтрексон

**Перед назначением налтрексона необходимо провести + _____ +
тест**

- Купера
- налоксоновый
- атропиновый
- квантифероновый

**Препаратом выбора при передозировке веществами опийной группы
является**

- налоксон
- анекстат
- продетоксон
- тримеперидин