

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России
Должность: ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России
Дата подписания: 29.09.2023 15:09:25
Уникальный программный ключ:
123d1d365abac3d0cd5b93c39e001a23b0544e

**Федеральное государственное
бюджетное образовательное
учреждение высшего
образования**
**«Волгоградский
государственный
медицинский университет»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации**

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор Института НМФО
И.И. Свиридова
«29» _____ 2023 г.
ПРИНЯТО
на заседании ученого совета
Института НМФО
№ 1 от «29» _____ 2023 г.

Фонд оценочных средств для проведения государственной (итоговой государственной) аттестации

Основная профессиональная образовательная
Программа высшего образования — программа ординатуры
(уровень подготовки кадров высшей квалификации)

Наименование укрупненной группы специальности
31.00.00 Клиническая медицина

Наименование специальности
31.08.21 ПСИХИАТРИЯ-НАРКОЛОГИЯ

Квалификация (степень) выпускника: **врач-психиатр-нарколог**

Кафедра: **Кафедра неврологии, психиатрии, мануальной медицины и
медицинской реабилитации Института непрерывного медицинского и
фармацевтического образования**

Для обучающихся 2020, 2021, 2022, 2023 года поступления
(актуализированная редакция)

Форма обучения — **очная**

Разработчики программы:

	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень/ звание	Кафедра (полное название)
1.	Барулин Александр Евгеньевич	Заведующий кафедрой, профессор	д.м.н., доцент	Кафедра неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации Института НМФО
2.	Ростовщиков Виталий Владимирович	Доцент кафедры	к.м.н., доцент	Кафедра неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации Института НМФО
3.	Ростовщикова Сусанна Игоревна	Ассистент кафедры		Кафедра неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации Института НМФО

Рабочая программа актуализирована на заседании кафедры протокол №12

от «29» июня 2023 года

Заведующий кафедрой неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации института НМФО, д.м.н., профессор

Барулин А.Е.

Рецензенты:

Заведующий кафедрой медицинской и общей психологии ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, д.м.н., профессор Менделевич В.Д.

Заведующий кафедрой неврологии, нейрохирургии, медицинской генетики ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» МЗ РФ, д.м.н., профессор Курушина О.В.

Рабочая программа согласована с учебно-методической комиссией Института НМФО ВолгГМУ, протокол № 1 от 29.08.2023 года

Председатель УМК

М.М. Королева

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и производственной практики

М.Л. Науменко

Актуализированная рабочая программа утверждена на заседании Ученого совета Института НМФО протокол № 1 от 29.08.2023 года

Секретарь
Ученого совета

В.Д. Заклякова

Фонд оценочных средств к итоговой (государственной итоговой аттестации)

Фонд оценочных средств к ГИА по программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.21. Психиатрия-наркология включает:

- задания в тестовой форме (300)
- вопросы для оценки практических навыков (60)
- вопросы для собеседования (90)
- ситуационные задачи (30)

Тестовые задания для итоговой (государственной итоговой) аттестации в ординатуре по специальности 31.08.21. Психиатрия-наркология

001. Шизофренией наиболее часто заболевают в возрасте⁴

- а) подростковом**
- б) зрелом
- в) старческом
- г) одинаково во всех возрастных группах

002. Для шизофрении характерны все перечисленные расстройства, кроме⁴

- а) невротоподобных расстройств
- б) бредовых расстройств
- в) галлюцинаторно-бредовых расстройств
- г) судорожного синдрома**
- д) верно а) и г)

003. Специфическими, встречающимися только при шизофрении, являются следующие расстройства⁴

- а) синдром Кандинского - Клерамбо
- б) псевдогаллюцинации
- в) интерпретативный бред
- г) все перечисленные
- д) ничего из перечисленного**

004. Характерным для изменений личности (негативных расстройств) при шизофрении является все перечисленное, кроме⁴

- а) снижения энергетического потенциала
- б) эмоционального обеднения**

¹ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г

² Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА о специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2019-2020 учебный год, утвержден на заседании кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом психиатрии, психиатрии-наркологии ФУВ, протокол №9 от 17.05.2019 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

⁴ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

⁵ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023

- в) нарастающей интравертированности
- г) утраты единства психических процессов
- д) **тугоподвижности, замедленности всех психических процессов**

005. Для мышления больных шизофренией характерно⁴

- а) замедление ассоциативного процесса
- б) **феномен соскальзывания и явление закупорки мышления**
- в) обстоятельность
- г) ускорение ассоциативного процесса
- д) все перечисленное

006. Для эмоциональной сферы больных шизофренией характерно⁴

- а) прогрессирующее обеднение эмоциональных реакций
- б) неадекватность, парадоксальность эмоциональных реакций
- в) раздвоение эмоциональных реакций на одно и то же событие
- г) **все перечисленное**
- д) ничего из перечисленного

007. Для внешнего вида больных шизофренией свойственны⁴

- а) неадекватная мимика
- б) исчезновение вазомоторных реакций
- в) "стальной" блеск глаз
- г) замедленность или ускоренность пантомимики
- д) **верно а) и б)**

008. Основными формами течения шизофрении являются все перечисленные,

Кроме⁴

- а) параноидной
- б) вялотекущей
- в) **кататонической**
- г) приступообразно-прогредиентной
- д) рекуррентной

009. Для всех непрерывнотекущих форм шизофрении характерно⁴

- а) острое, внезапное начало
- б) развитие негативных расстройств только после появления продуктивной симптоматики
- в) выраженные аффективные фазы
- г) все перечисленное
- д) **ничего из перечисленного**

010. Для непрерывнотекущих форм шизофрении характерно развертывание всех

перечисленных синдромов, кроме⁴

- а) неврозоподобных
- б) бредовых
- в) галлюцинаторных
- г) кататонических
- д) **аффективных (психические депрессии, мании)**

011. Для злокачественной шизофрении характерно все перечисленное, кроме⁴

а) возникновения в зрелом возрасте

б) начала болезни с негативной симптоматикой

в) быстроты наступления конечного состояния с момента манифестации психоза

г) синдромальной незавершенности позитивных расстройств, их полиморфизма

д) тяжести конечных состояний

012. Для инициальной стадии злокачественной шизофрении характерно все

перечисленное, кроме⁴

а) падения психической продуктивности

б) нарастания эмоциональных изменений

в) явлений искаженного пубертатного криза

г) рудиментарных бредовых и галлюцинаторных расстройств

д) выраженных аффективных расстройств

013. Период манифестации злокачественной шизофрении характеризуется развитием⁴

а) "большого психоза" с полиморфизмом симптоматики и синдромальной незавершенностью

б) аффективных фаз

в) высокосистематизированного паранойяльного бреда

г) фебрильного приступа

д) онейроидного помрачения сознания с выраженными кататоническими расстройствами и мегаломанической фабулой переживаний

014. Злокачественная "люцидная" кататония характеризуется⁴

а) отсутствием помрачения сознания

б) сочетанием кататонических расстройств с бредовыми и галлюцинаторными

в) низкой степенью систематизации бредовых идей, сопутствующих кататоническим расстройствам

г) всем перечисленным

д) ничем из перечисленного

015. Для злокачественной шизофрении характерны следующие варианты конечных

Состояний⁴

¹ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г

² Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА о специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2019-2020 учебный год, утвержден на заседании кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом психиатрии, психиатрии-наркологии ФУВ, протокол №9 от 17.05.2019 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

⁴ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

⁵ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023

- а) тупое и негативистическое
- б) дурашливое
- в) бормочущее
- г) манерное
- д) **все перечисленные**

016. При бредовом варианте злокачественной шизофрении наблюдается⁴

- а) сжатость во времени этапов развития бредовых синдромов
- б) незавершенность, малая степень систематизации бредовых расстройств
- в) возможность "наслоения" бредовых синдромов друг на друга с возникновением полиморфной картины
- г) **все перечисленное**
- д) ничего из перечисленного

017. Простой вариант злокачественной шизофрении характеризуется⁴
- а) гебефреническим синдромом
 - б) кататоническим синдромом
 - в) **симплекс-синдромом**
 - г) бредовыми синдромами
 - д) аффективными синдромами

018. Для симплекс-синдрома в отличие от обычного пубертатного криза характерны⁴

- а) негативизм к родителям
- б) максимализм в суждениях
- в) выраженные аффективные проявления
- г) **отсутствие ярких эмоциональных реакций и феномен метафизической интоксикации**

019. Вариант злокачественной шизофрении с развитием на фоне симплекс-синдрома полиморфной, психотической симптоматики, без преобладания какого-либо синдрома называется⁴

- а) простой шизофренией
- б) параноидной шизофренией
- в) гебоидофренией
- г) **гебефренической шизофренией**
- д) люцидной кататонией

020. При параноидной шизофрении начало заболевания наиболее часто приходится⁴

- а) на юношеский возраст
- б) на детский возраст
- в) **на зрелый возраст**
- г) на период инволюции
- д) на поздний возраст

021. Наиболее адекватно отражают принадлежность эндогенного процесса к параноидной шизофрении следующие критерии⁴

- а) преобладание бредовых расстройств в клинической картине болезни и характерная последовательность их развития
- б) отсутствие приступообразности, фазности в течении болезни
- в) выраженные аффективные расстройства (психотические мании, депрессии)
- г) признаки расстроенного сознания
- д) **верно а) и б)**

022. Начальный этап параноидной шизофрении характеризуется⁴

- а) неврозоподобными расстройствами
- б) нестойкими, эпизодическими бредовыми идеями
- в) личностными изменениями в виде замкнутости, ригидности, сужения диа-пазона эмоциональных реакций
- г) **всем перечисленным**
- д) ничем из перечисленного

023. При параноидной шизофрении возможно выделение следующих вариантов⁴

- а) галлюцинаторного
- б) бредового
- в) гебефренического
- г) кататонического
- д) **верно а) и б)**

024. В наиболее типичных прогрессирующих случаях бредового варианта параноидной шизофрении наблюдается следующая последовательность смены синдромов⁴

- а) паранойяльный синдром - конечное состояние типа дурашливого
- б) парафренный синдром - параноидный синдром - синдром Кандинского - Клерамбо
- в) **паранойяльный синдром - синдром Кандинского - Клерамбо - парафренный синдром**
- г) паранойяльный синдром - галлюцинаторно-параноидный синдром - онейроидная кататония
- д) галлюцинаторный синдром - парафренный синдром

025. В отличие от паранойяльной (малопргредиентной) шизофрении затяжной паранойяльный этап параноидной шизофрении характеризуется⁴

¹ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г

² Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА о специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2019-2020 учебный год, утвержден на заседании кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом психиатрии, психиатрии-наркологии ФУВ, протокол №9 от 17.05.2019 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

⁴ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

⁵ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023

- а) быстрым приобретением бредовыми идеями persecutorного характера
- б) отчетливыми изменениями личности на раннем этапе болезни
- в) высокой степенью систематизации бредовых идей
- г) наличием экспансивных форм бреда (изобретательства, реформаторства)
- д) **верно а) и б)**

026. Для галлюцинаторного варианта параноидной шизофрении характерна

следующая динамика психопатологической симптоматики⁴

а) вербальные иллюзии - истинные вербальные галлюцинации - синдром Кандинского - Клерамбо - галлюцинаторная парафрения

б) синдром Кандинского - Клерамбо - истинные вербальные галлюцинации

в) вербальный псевдогаллюциноз - галлюцинаторная парафрения

г) параноидный синдром - синдром Кандинского - Клерамбо - парафренный синдром - галлюцинаторная парафрения

д) галлюцинаторный синдром - псевдогаллюцинаторный синдром - синдром Кандинского - онейроидная кататония

е) неврозоподобные расстройства - психопатоподобные расстройства - вербальный псевдогаллюциноз

027. При галлюцинаторном варианте параноидной шизофрении наблюдается син-

дром Кандинского с преобладанием⁴

а) идеаторных автоматизмов

б) моторных автоматизмов

в) сенестопатических автоматизмов

г) **псевдогаллюцинаций**

д) истинных галлюцинаций

028. Для синдрома Кандинского свойственна следующая последовательность

развития его проявлений⁴

а) сенестопатические автоматизмы - моторные автоматизмы - симптом открытости - идеаторные автоматизмы

б) симптом открытости - идеаторные автоматизмы - сенестопатические автоматизмы - моторные автоматизмы

в) псевдогаллюцинации - синдром овладения - моторные автоматизмы - симптом открытости

г) моторные автоматизмы - сенестопатические автоматизмы - идеаторные автоматизмы

д) симптом открытости - псевдогаллюцинации - сенестопатические автоматизмы

029. О нарастании дефицитарной симптоматики при параноидной шизофрении

свидетельствует следующая динамика состояний⁴

а) паранойя "борьбы" - паранойя "совести"

- б) синдром Кандинского - инвертированный синдром Кандинского
в) инвертированный синдром Кандинского - симптом "разматывания"
воспо-
минаний
г) **верно все перечисленное**
д) ничего из перечисленного

030. Вариантами парафренного этапа параноидной шизофрении могут быть⁴

- а) экспансивная парафрения
б) конфабуляторная парафрения
в) псевдогаллюцинаторная парафрения
г) **все перечисленные**
д) ни один из перечисленного

031. Признаками наступления конечного состояния при параноидной шизофрении

являются все перечисленные, кроме⁴

- а) возникновения симптома монолога
б) распада имеющейся бредовой системы
в) сочетания грамматической правильности речи с бессмысленностью

содер-

жания сказанного

- г) появления неологизмов в речи больного
д) **возникновения стойких идей воздействия**

032. Конечным состоянием при параноидной шизофрении является⁴

- а) тупое слабоумие
б) манерное слабоумие
в) **шизофазия**
г) бормочущее слабоумие
д) негативистическое слабоумие

033. Для вялотекущей шизофрении свойственно⁴

- а) медленное течение с постепенным развитием изменений личности
б) глубокое эмоциональное опустошение в конечных состояниях
в) преимущественно неврозоподобные и психопатоподобные позитивные

расст-

ройства

г) значительная глубина аффективных расстройств (психотические депрессии,

¹ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г

² Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА о специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2019-2020 учебный год, утвержден на заседании кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом психиатрии, психиатрии-наркологии ФУВ, протокол №9 от 17.05.2019 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

⁴ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

⁵ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023

мании)

д) верно а) и в)

034. Вялотекущая шизофрения чаще, как правило, дебютирует⁴

а) в молодом возрасте

б) в зрелом возрасте

в) в детском возрасте

г) в инволюционном периоде

д) в возрасте от 25 до 60 лет

035. Малопрогрессирующей шизофрении свойственны следующие этапы развития⁴

а) латентный период

б) период стабилизации

в) активный период

г) все перечисленные

д) ничего из перечисленного

036. Основные клинические особенности вялотекущей шизофрении характеризуются⁴

Зуются⁴

а) длительным латентным периодом с поздней активизацией болезни

б) видоизменением симптоматики от нозологически

малодифференцированной к

предпочтительной для эндогенного заболевания

в) глубокими аффективными расстройствами в виде психотических депрессий и

маний

г) приступообразностью с качественным видоизменением позитивных

расст-

роиств, отсутствием "осевых симптомов"

д) верно а) и б)

037. Латентный период вялотекущей шизофрении определяется⁴

а) отсутствием признаков интеллектуального и социального снижения

б) ограничением позитивных расстройств, нарушениями, свойственными

пог-

раничным состояниям

в) явлениями реактивной лабильности

г) всем перечисленным

д) ничем из перечисленного

038. Психопатические расстройства латентного периода вялотекущей шизоф-

рении представлены⁴

а) проявлениями шизоидного круга или их сочетанием с истерическими,

психастеническими или параноическими

б) преобладанием проявлений гипертимного круга

в) преимущественно чертами возбудимости

г) верно а) и б)

д) всем перечисленным

039. В отличие от психогенных реакций при психопатиях психогенные реакции

латентного периода при вялотекущей шизофрении характеризуются всем перечис-

ленным, кроме⁴

- а) объективно малосущественного повода для возникновения
- б) тенденции к формированию сверхценных комплексов
- в) неадекватности реакции вызвавшему воздействию (по характеру и поводу)
- г) выбора ситуации, приобретающей значение психотравмирующей, по случайному признаку
- д) **крайней тяжести аффективных расстройств**

040. В зависимости от характера преобладающей в клинической картине заболевания (с самых начальных этапов) "осевой" симптоматики выделяются сле-

дующие варианты вялотекущей шизофрении⁴

Варианты ответа:

- а) обсессивный
- б) деперсонализационный
- в) ипохондрический и сенестопатический
- г) **все перечисленные**
- д) ни один из перечисленных

041. Обсессивный вариант вялотекущей шизофрении чаще всего развивается у

Личности⁴

- а) с эпилептоидными чертами
- б) с паранойяльными чертами
- в) **с чертами тревожной мнительности, психастеническими проявлениями**
- г) с гипертимными чертами
- д) с чертами инфантилизма

042. При вялотекущей шизофрении, протекающей с навязчивостями, признаки

прогредиентности заключаются во всем перечисленном, кроме⁴

- а) расширения круга обсессивных расстройств
- б) утраты навязчивостями прежней аффективной окраски
- в) утраты компонента борьбы (преодоления навязчивостей)

¹ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г

² Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА о специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2019-2020 учебный год, утвержден на заседании кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом психиатрии, психиатрии-наркологии ФУВ, протокол №9 от 17.05.2019 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

⁴ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

⁵ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023

г) перехода ритуалов в двигательные стереотипии, двигательные навязчивости

д) появления психических автоматизмов

043. Особенности негативных расстройств, возникающих на поздних этапах

вялотекущей шизофрении с навязчивостями, являются⁴

а) психопатоподобные изменения психастенического круга

б) выраженная аутистическая отгороженность, эмоциональное обеднение

в) симптом "дрейфа"

г) психопатоподобные изменения параноического круга

д) регрессивная синтонность (по Фернандешу)

044. Вялотекущая шизофрения с деперсонализационными расстройствами чаще

всего развивается у личностей⁴

а) с шизоидными чертами, сочетанием чувствительности и эмоциональной холодности, рационализма

б) с психастеническими чертами, склонностью к сомнениям, мнительностью

в) с чертами повышенной возбудимости

г) с чертами неустойчивых психопатов

д) с гипертимными чертами, по типу "хронической гипомании"

045. При вялотекущей шизофрении с деперсонализационными расстройствами

встречаются следующие варианты последних⁴

а) "невротическая" деперсонализация, носящая преимущественно чувственный характер

б) "анестетическая" деперсонализация с преобладанием проявлений *anaesthesia psychica dolorosa*

в) "дефективная" деперсонализация с чувством неполноты эмоциональной жизни

г) все перечисленные

д) ни один из перечисленных

046. Период стабилизации вялотекущей шизофрении с явлениями деперсонали-

зации характеризуется⁴

а) явлениями "дефективной" деперсонализации

б) явлениями "анестетической" и невротической деперсонализации

в) психопатоподобными изменениями типа "моральной ипохондрии" (по Фальре)

г) психопатоподобными изменениями типа "ананкастической психопатии" (по

Шнейдеру)

д) верно а) и в)

047. Ипохондрический вариант вялотекущей шизофрении развивается⁴

а) у вегетативно-лабильных лиц со склонностью к конверсионно-

истерическим

реакциям, с чертами мнительности и с соматической стигматизацией

- б) у лиц со склонностью к навязчивым сомнениям и самоанализу
- в) у лиц с чертами ригидности, педантизма
- г) у аффективно-лабильных лиц

048. Латентный период при ипохондрическом варианте вялотекущей шизофрении

характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) вегетативных нарушений
- б) конверсионно-истерических расстройств
- в) астенических расстройств
- г) сенестезий
- д) рудиментарных бредовых ипохондрических идей**

049. Активный период ипохондрического варианта вялотекущей шизофрении

Характеризуется⁴

а) появлением "навязчивой ипохондрии" со стойкими нозофобиями и навязчивым самонаблюдением

б) появлением отдельных сенестопатий

в) появлением черт "истерической ипохондрии" с конверсионными

расстрой-

ствами и психопатоподобными чертами истерического круга

- г) всем перечисленным**
- д) ничем из перечисленного

050. В периоде стабилизации процесса при ипохондрическом варианте вяло-текущей шизофрении на первый план выступают все перечисленные особенности

личности больных, кроме⁴

- а) сверхценного стремления к преодолению болезни
- б) обостренного чувства собственной ущербности
- в) ригидности с привязанностью к определенному режиму, медикаментам
- г) снижения психической продуктивности, повышенной потребности в

отдыхе

д) постоянных сомнений, невозможности принять правильное решение, на-вязчивого самоанализа

051. Для преморбидных особенностей личности больных с

¹ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г

² Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА о специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2019-2020 учебный год, утвержден на заседании кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом психиатрии, психиатрии-наркологии ФУВ, протокол №9 от 17.05.2019 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

⁴ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

⁵ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023

сенестопатическим

вариантом вялотекущей шизофрении характерно⁴

- а) **ригидность психики, ограниченность интересов**
- б) усиление влечений
- в) склонность к самоанализу
- г) склонность к сомнениям
- д) пассивность, мечтательность

052. Латентный период сенестопатического варианта вялотекущей шизофрении

Представлен⁴

- а) **локальными сенестоалгическими расстройствами**
- б) фобическими расстройствами
- в) навязчивой ипохондрией
- г) диффузными сенестопатиями с ипохондрической трактовкой
- д) истерической ипохондрией

053. Активный период сенестопатического варианта вялотекущей шизофрении

характеризуется всем перечисленным, кроме⁴

- а) появления диффузной локализации сенестопатий
- б) появления необычного, странного характера сенестопатий
- в) разнообразия проявлений сенестопатий
- г) **появления ипохондрического бреда**
- д) появления сенестопатий, приближающихся по образности к галлюцинациям

общего чувства

054. Для преморбидных особенностей истерического варианта вялотекущей

шизофрении являются характерными

- а) шизоидные черты
- б) истерические черты
- в) психастенические черты
- г) эпилептоидные и паранойяльные черты
- д) **верно а) и б)**

055. Латентный период истерического варианта вялотекущей шизофрении представлен

- а) акцентуацией истерических черт
- б) признаками реактивной лабильности с депрессивно-истерическими

реакциями

- в) диссоциированностью психической жизни
- г) **всем перечисленным**
- д) ничем из перечисленного

056. В активном периоде истерического варианта вялотекущей шизофрении Наблюдается⁴

- а) появление грубых психопатических нарушений
- б) присоединение к истерической симптоматике фобий, навязчивых

влечений и

представлений

- в) присоединение сенестоипохондрических расстройств
- г) все перечисленное**
- д) ничего из перечисленного

057. В отличие от истерической психопатии истерические проявления актив-

ного периода истерического варианта вялотекущей шизофрении отличаются⁴

- а) однообразием, стереотипностью
- б) отсутствием тонкого приспособления к ситуации
- в) бедной аффективной окраской
- г) всем перечисленным**
- д) ничем из перечисленного

058. Для психастенического варианта вялотекущей шизофрении свойственно⁴

- а) крайние проявления психастенических черт (бесконечные сомнения, неуверенность в себе)
- б) снижение или утрата трудоспособности
- в) отчетливые признаки постепенного усиления психастенических черт в анамнезе
- г) все перечисленное**
- д) ничего из перечисленного

059. Паранойяльная шизофрения развивается у лиц с чертами⁴

а) гиперактивности, настойчивости, обостренной нетерпимости к несправедливости

- б) педантизма, склонности к порядку, рутине
- в) замкнутости, мечтательности, стеснительности, пониженной самооценки
- г) тревожной мнительности, неуверенности в своих силах
- д) возбудимости

060. Паранойяльной шизофрении свойственно⁴

- а) интерпретативный бред с медленно расширяющейся фабулой
- б) интерпретативный бред с быстро расширяющейся фабулой
- в) быстро развивающаяся социальная дезадаптация больных
- г) медленно развивающаяся социальная дезадаптация больных
- д) верно а) и г)**

061. Для ранних этапов паранойяльной шизофрении характерно⁴

- а) одержимость бредовыми идеями
- б) аффективная тусклость больных
- в) внешняя правдоподобность, "мотивированность" бредовых идей

¹ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г

² Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА о специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2019-2020 учебный год, утвержден на заседании кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом психиатрии, психиатрии-наркологии ФУВ, протокол №9 от 17.05.2019 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

⁴ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

⁵ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023

г) малая актуальность и абсурдность фабулы бредовых идей

д) **верно а) и в)**

062. По мере течения паранойяльной шизофрении происходит все перечислен-

ное, кроме⁴

а) постепенного расширения и систематизации бреда

б) возникновения явлений психического автоматизма

в) постепенного аффективного "побледнения" паранойяльных расстройств

г) появления нелепости, абсурдности фабулы бредовых идей

д) появления бредового поведения

063. В период стабилизации паранойяльной шизофрении наблюдается⁴

а) выраженное интеллектуальное снижение

б) "инкапсуляция" бредовых расстройств

в) слияние бредовых расстройств с личностью (так называемое "амальгамирование")

г) возникновение стойкого бреда величия

д) **верно б) и в)**

064. Рекуррентная шизофрения занимает промежуточное положение между⁴

а) непрерывными и приступообразными формами шизофрении

б) приступообразными формами шизофрении и аффективными психозами

в) злокачественной и приступообразно-прогредиентной формами шизофрении

г) параноидной и приступообразно-прогредиентной формами шизофрении

д) злокачественной и параноидной формами шизофрении

065. Для рекуррентной шизофрении является характерным⁴

а) высокий удельный вес бредовых и галлюцинаторных расстройств в приступе

в сравнении с аффективными нарушениями

б) выраженные изменения личности

в) наличие "сквозных" расстройств в течение болезни

г) все перечисленное

д) **ничего из перечисленного**

066. Для рекуррентной шизофрении является характерным⁴

а) приступообразное, иногда фазное течение

б) благоприятность течения

в) отчетливые аффективные расстройства, часто биполярного характера

г) все перечисленное

д) ничего из перечисленного

067. Преморбид больных рекуррентной шизофренией представлен⁴

а) лицами гипертимного типа

б) сензитивными шизоидами

в) стеничными шизоидами

г) всеми перечисленными

д) ничем из перечисленного

068. Манифестный психоз при рекуррентной шизофрении возникает чаще всего⁴

- а) в зрелом возрасте
- б) в детском возрасте
- в) в юношеском возрасте**
- г) в позднем возрасте
- д) в период инволюции

069. Появлению психотических симптомов при рекуррентной шизофрении предшествует возникновение⁴

- а) вегетативных расстройств
- б) аффективных колебаний
- в) соматической деперсонализации
- г) всего перечисленного**
- д) ничего из перечисленного

070. Аффект в инициальной стадии развития приступа рекуррентной шизофрении характеризуется⁴

- а) крайней лабильностью
- б) изменением как спонтанно, так и в зависимости от внешних факторов
- в) сочетанием с соматовегетативными нарушениями
- г) всем перечисленным**
- д) ничем из перечисленного

071. Для развернутого приступа рекуррентной шизофрении характерна следующая последовательность развития⁴

- а) аффективные расстройства - синдром инсценировки - острый фантастический бред - онейроид**
- б) острый фантастический бред - аффективные расстройства - синдром инсценировки - онейроид
- в) синдром инсценировки - онейроид - острый фантастический бред - синдром Кандинского - Клерамбо
- г) онейроид - синдром инсценировки - кататонический синдром - аффективные расстройства
- д) онейроид - синдром Кандинского - Клерамбо - аффективные расстройства - кататонический синдром

¹ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г

² Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА о специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2019-2020 учебный год, утвержден на заседании кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом психиатрии, психиатрии-наркологии ФУВ, протокол №9 от 17.05.2019 г.

³ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

⁴ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

⁵ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023

072. Различают следующие варианты приступов рекуррентной шизофрении⁴

- а) онейроидно-кататонические
- б) кататоно-гебефренные
- в) галлюцинаторно-параноидные
- г) депрессивно-параноидные
- д) **верно а) и г)**

073. Кататонические расстройства при рекуррентной шизофрении⁴

а) развиваются на фоне ясного сознания

б) сочетаются с рудиментарными галлюцинаторными и бредовыми расстройствами

- в) не сопровождаются аффективными расстройствами
- г) верно все перечисленное
- д) **неверно все перечисленное**

074. Особенности преимущественно аффективных приступов при рекуррентной шизофрении являются⁴

- а) отчетливое преобладание смешанных состояний, редкость возникновения простой меланхолии
- б) атипия маниакальных состояний (дурашливая мания, мания с гневливостью, мания с бредом)
- в) лабильность клинической картины, легкость возникновения сдвоенных приступов и присоединение растерянности, элементов сновидения
- г) **все перечисленные**
- д) ничего из перечисленного

075. Для депрессивно-параноидных приступов рекуррентной шизофрении характерно⁴

- а) возможность развития аффективно-бредовых расстройств как в маниакальном, так и в депрессивном регистре
- б) резкая выраженность идеомоторного торможения
- в) низкая суицидоопасность
- г) все перечисленное
- д) **ничего из перечисленного**

076. Онейроидно-кататонический приступ рекуррентной шизофрении⁴

- а) является самым развернутым приступом
- б) является наименее развернутым приступом
- в) является, как правило, манифестным
- г) как правило, свидетельствует о будущем неблагоприятном, затяжном течении последующего приступа
- д) **верно а) и в)**

077. Фебрильным может являться⁴

- а) **онейроидно-кататонический приступ рекуррентной шизофрении**
- б) депрессивно-параноидный приступ шизофрении
- в) галлюцинаторно-параноидный приступ шизофрении
- г) депрессивный приступ шизофрении

д) маниакальный приступ шизофрении

078. Фебрильный приступ рекуррентной шизофрении⁴

а) обычно является манифестным

б) обычно является последующим после манифестного

в) возникает вслед за депрессивно-параноидным приступом

г) возникает вслед за аффективным приступом

д) характеризуется отсутствием помрачения сознания и кататонических расстройств

079. От обычного приступа рекуррентной шизофрении фебрильный отличается⁴

а) повышением температуры тела, соматическими нарушениями

б) возможностью возникновения аментивноподобного возбуждения

в) возможностью возникновения хореоформных гиперкинезов

г) всем перечисленным

д) ничем из перечисленного

080. При рекуррентной шизофрении наблюдается⁴

а) усиление фебрильных проявлений в последующих после фебрильного приступах (последующие приступы тяжелее)

б) постепенная редукция фебрильных проявлений в последующих после фебрильного приступах (последующие приступы легче)

в) возможность возникновения любого (более тяжелого фебрильного, нефебрильного, легкого фебрильного) приступа после фебрильного

г) повторение однотипных клишеобразных фебрильных приступов с постепенным

усилением фебрильных проявлений

д) чередование фебрильных и нефебрильных приступов

081. Возможны следующие варианты динамики структуры приступов рекуррентной шизофрении в течение жизни больного⁴

а) депрессивно-параноидный - аффективный - онейроидно-кататонический

б) аффективный - депрессивно-параноидный - онейроидно-кататонический

- онейроидно-кататонический фебрильный

в) онейроидно-кататонический - депрессивно-параноидный - аффективный

¹ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г

² Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА о специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2019-2020 учебный год, утвержден на заседании кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом психиатрии, психиатрии-наркологии ФУВ, протокол №9 от 17.05.2019 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

⁴ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

⁵ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023

г) онейроидно-кататонический фебрильный - онейроидно-кататонический - депрессивно-параноидный

д) **верно в) и г)**

082. Для изменений личности при рекуррентной шизофрении характерно⁴

а) явления дискордантности, расщепления психической деятельности

б) явления психической слабости с чертами легкой астении

в) явления сверхценного отношения к своему психическому здоровью

г) грубая эмоциональная уплощенность

д) **верно б) и в)**

083. Непрерывнотекущие расстройства при приступообразно-прогредиентной

шизофрении могут быть представлены⁴

а) неврозоподобными расстройствами

б) интерпретативным (паранойальным) бредом

в) психопатоподобными расстройствами

г) **всем перечисленным**

д) ничем из перечисленного

084. По характеру приступов и прогредиентности выделяют следующие формы

приступообразно-прогредиентной шизофрении (классификация НЦПЗ АМН России)⁴

а) злокачественная

б) прогредиентная

в) шизоаффективная (полиморфная)

г) **все перечисленные**

д) ни одну из перечисленных

085. Для доманифестного периода приступообразно-прогредиентной шизофрении

характерно все перечисленное, кроме⁴

а) измененного развития в детстве в виде особого дизонтогенеза

б) становления шизоидной структуры характера

в) стертых приступов в периоды возрастных кризов

г) задержки развития в виде психического инфантилизма

д) **обязательного наличия синдрома раннего детского аутизма**

086. Отличие злокачественной формы приступообразно-прогредиентной шизоф-

рении от непрерывнотекущей злокачественной шизофрении⁴

до-

манифестном периоде

б) более позднее начало

в) наличие кататонических расстройств

г) наличие симплекс-синдрома

087. Гипоманиакальные состояния инициальной стадии злокачественной прис-

тупообразно-прогредиентной шизофрении характеризуются всем

перечисленным,

кроме⁴

- а) отсутствия чувства повышенного настроения
- б) психопатоподобного поведения
- в) расторможенности влечений
- г) гебефренных кризов
- д) **высокой продуктивности**

088. Депрессивные состояния инициальной стадии злокачественной приступообразно-прогредиентной шизофрении характеризуются всем

перечисленным, кроме⁴

- а) **витального чувства тоски, психической анестезии**
- б) астенических жалоб
- в) раздражительности
- г) смены заторможенности и импульсивной агрессии
- д) отдельных кататонических симптомов

089. Манифестные приступы при злокачественной приступообразно-прогредиентной шизофрении⁴

- а) возникают в 14-16 лет
- б) характеризуются аффективными, бредовыми и кататоническими расстройствами
- в) отличаются преобладанием моторной и идеаторной заторможенности над аффектом тоски (в депрессивных приступах)
- г) отличаются сочетанием стереотипной деятельности, дурашливого возбуждения, идей величия и реформаторства (в маниакальных приступах)
- д) **верно все перечисленное**

090. Для ремиссий при злокачественной приступообразно-прогредиентной шизофрении характерно⁴

- а) наличие рудиментарных кататонических расстройств
- б) незначительная продолжительность
- в) значительная продолжительность и устойчивость
- г) отсутствие выраженных негативных расстройств
- д) **верно а) и б)**

¹ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г

² Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА о специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2019-2020 учебный год, утвержден на заседании кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом психиатрии, психиатрии-наркологии ФУВ, протокол №9 от 17.05.2019 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

⁴ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

⁵ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023

091. В последующих после манифестного приступа злокачественной приступообразно-прогредиентной шизофрении отмечается⁴

а) нарастание кататонической симптоматики и атипизации аффективных расстройств, приобретение ими характера дисфорий

б) систематизация бредовых расстройств

в) развертывание галлюцинаторных расстройств

г) появление псевдогаллюцинаций, явлений синдрома Кандинского - Клерамбо

092. Параноидный вариант приступообразно-прогредиентной шизофрении характеризуется возникновением всех перечисленных типов приступов, кроме

а) острого паранойяльного

б) острого галлюциноза

в) острого параноидного

г) острого парафренного

д) острого кататонического

093. Для начальной стадии острого паранойяльного приступа параноидного

варианта приступообразно-прогредиентной шизофрении является характерным⁴

а) постепенное развитие интерпретативного бреда

б) расширяющаяся бредовая интерпретация прошлого

в) редкие эпизоды бредового поведения при преобладании внешне правильного поведения

г) все перечисленное

д) ничего из перечисленного

094. Для развернутой стадии острого паранойяльного приступа параноидного

варианта приступообразно-прогредиентной шизофрении характерно

а) выраженный аффект страха, тревоги

б) неразвернутые элементы бреда значения, инсценировки

в) отдельные иллюзорные расстройства

г) все перечисленное

д) ничего из перечисленного

095. Для периода выхода из острого паранойяльного приступа параноидного

варианта приступообразно-прогредиентной шизофрении свойственно

а) маниакальный аффект с дурашливостью

б) депрессивный аффект с угрюмостью, замкнутостью и появлением формальной

критики к прежнему интерпретативному бреду

в) отсутствие какой-либо критики к бредовым расстройствам

г) грубые нарушения мышления

096. Для острого галлюцинаторного приступа параноидного варианта прис-

тупообразно-прогредиентной шизофрении характерно все перечисленное, кроме⁴

- а) появления в начальной стадии явлений синдрома Кандинского
- б) появления в начальной стадии отдельных вербальных иллюзий, окликов
- в) появления на высоте приступа истинных вербальных галлюцинаций, псевдогаллюцинаций
- г) появления в начальной стадии интерпретативных бредовых идей
- д) преобладания депрессивного аффекта

097. Для выхода из острого галлюцинаторного приступа параноидного варианта

приступообразно-прогредиентной шизофрении свойственно⁴

- а) отсутствие аффективных расстройств
- б) **неполная критика к перенесенному психозу и остаточные галлюцинаторные расстройства**
- в) полная критика к перенесенному психозу
- г) полная редукция галлюцинаторных расстройств
- д) все перечисленное

098. Острый параноидный приступ параноидного варианта приступообразно-

прогредиентной шизофрении характеризуется⁴

- а) разворачиванием на фоне интерпретативного бреда психических автоматизмов
- б) аффективными расстройствами
- в) возможностью развития псевдогаллюцинаций и псевдогаллюцинаторного бреда
- г) **всем перечисленным**
- д) ничем из перечисленного

099. При параноидном варианте приступообразно-прогредиентной шизофрении

манифестным приступам предшествуют⁴

- а) личностные сдвиги (скрытые приступы)
- б) психопатоподобные и атипичные аффективные расстройства
- в) рудиментарные бредовые идеи
- г) рудиментарные кататонические расстройства
- д) **верно все перечисленное, кроме г)**

¹ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г

² Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА о специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2019-2020 учебный год, утвержден на заседании кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом психиатрии, психиатрии-наркологии ФУВ, протокол №9 от 17.05.2019 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

⁴ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

⁵ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023

100. Возможны следующие варианты течения параноидного варианта присту-
пообразно-прогредиентной шизофрении⁴
а) повторные утяжеляющиеся приступы с неполными ремиссиями и углублением дефекта
б) переход в непрерывное течение
в) остановка процесса с "клишеобразными" приступами и отсутствием нарастания дефекта
г) **все перечисленные**
д) ни один из перечисленного

101. К общим принципам дезинтоксикации, проводимой больным наркоманией, относится все перечисленное, исключая⁴
А). - **назначение психотропных средств**
Б). - нецелесообразность массивной, форсированной дезинтоксикации
В). - нецелесообразность применения при передозировке наркотика аналептиков (бемегрида, лобелина, цитотона)
Г). - проведение форсированного диуреза

102. При проведении дезинтоксикации больным наркоманией и токсикоманией назначают все перечисленное, кроме⁴
А). - **нейролептиков**
Б). - ноотропных средств, витаминов
В). - магнeзии сернокислой
Г). - форсированного диуреза

103. Для купирования абстинентного состояния у больного опийной наркоманией назначают все перечисленное, кроме⁴
А). - **наркотических средств**
Б). - пирроксана
В). - клофелина
Г). - тиаприда

104. При купировании абстинентного состояния у барбитурового наркомана наиболее эффективным является назначение⁴
А). - **заместительной терапии барбитуратами**
Б). - пирроксана
В). - глюкозы
Г). - витаминов

105. К основным принципам купирования патологического влечения к наркотику с помощью психофармакологических средств относятся все перечисленные, кроме⁴
А). - **преимущественного назначения транквилизаторов**
Б). - **назначения психофармакологических средств соответствии с психопатологическим оформлением влечения**
В). - применения антидепрессантов
Г). - назначения нейролептиков

106. Для купирования компульсивного влечения у опийных наркоманов применяют все перечисленные средства, кроме⁴

- А). - радедорма
- Б). - пирроксана
- В). - тиаприда
- Г). - галоперидола

107. При актуализации компульсивного влечения у барбитурового наркомана используют все перечисленное, кроме⁴

- А). - **дробных доз инсулина**
- Б). - амитриптилина, седуксена
- В). - витаминов группы В, кокарбоксилазы
- Г). - аминазина в сочетании с новокаином, димедролом, кордиамином

108. При терапии синдрома аффективной лабильности в период становления ремиссии у больных наркоманиями и токсикоманиями применяют все перечисленное, кроме⁴

- А). - **мелипрамина**
- Б). - сонапакса
- В). - глутаминовой кислоты
- Г). - хлорпротиксена

109. Коррекция нарушений поведения у больных наркоманией наиболее эффективна при применении⁴

- А). - **пипортила-пролонга**
- Б). - неулептила
- В). - модитена
- Г). - аминазина

110. При терапии аффективных нарушений у больных наркоманией назначаются все перечисленные средства, кроме⁴

- А). - **мелипрамина**
- Б). - солей лития (лития оксибутират и др.)
- В). - герфонала
- Г). - пиразидола

111. Терапия субдепрессивного, неврозоподобного синдрома у больных наркоманиями и токсикоманиями в период становления ремиссии осуществляется всем перечисленным, кроме⁴

- А). - **солей лития (лития оксибутират и др.)**
- Б). - антидепрессантов (амитриптилин, пиразидол)
- В). - нейролептиков (френолон, эглонил, карбидин)
- Г). - ноотропов (пироцетам, энцефабол)

¹ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г

² Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА о специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2019-2020 учебный год, утвержден на заседании кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом психиатрии, психиатрии-наркологии ФУВ, протокол №9 от 17.05.2019 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

⁴ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

⁵ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023

112. При проведении психотерапии больным наркоманией подросткам чаще всего используются все перечисленные методы, кроме⁴

- А). - гипноза
- Б). - индивидуальной психотерапии
- В). - метода групповых дискуссий
- Г). - ситуационно-психологического тренинга

113. Для I стадии опишной наркомании наиболее характерным является все перечисленное, кроме⁴

- А). - **роста толерантности в 8-10 раз**
- Б). - систематического приема опиатов
- В). - исчезновения зуда кожи лица
- Г). - обсессивного влечения к наркотику

114. Условия и сроки, на протяжении которых формируются симптомы начальной стадии опишной наркомании, характеризуются всем перечисленным, кроме⁴

- А). - **более 6 месяцев от начала употребления опиатов**
- Б). - более медленного становления летом
- В). - сокращения сроков зимой
- Г). - 2-3 месяцев от начала употребления опиатов

115. Абстинентный синдром развивается после прекращения приема опиатов в среднем через⁴

- А). - **36 ч**
- Б). - 10 ч
- В). - 20 ч
- Г). - 72 ч

116. Внешний вид опишных наркоманов в период апогея компульсивного влечения проявляется всем перечисленным, исключая⁴

- А). - **узкие зрачки**
- Б). - бледное, нередко с красными пятнами лицо
- В). - лихорадочный сухой блеск глаз
- Г). - выраженный тремор кистей рук

117. Для наркомании кустарно приготовленными препаратами опия характерно все перечисленное, исключая⁴

- А). - **формирование абстинентного синдрома в течение 5-6 месяцев**
- Б). - атипичное проявление состояния острой интоксикации
- В). - формирование влечения через 1-5 внутривенных введений
- Г). - практически полное отсутствие периодов эпизодического приема химически обработанных растворов опия

118. Препараты конопли (гашиш) можно обнаружить в крови после последнего употребления во все перечисленные сроки, кроме⁴

- А). - **месяца и более**
- Б). - 1 недели
- В). - 2-4 недель
- Г). - 1-3 дней

119. Гашишная наркомания формируется в среднем в течение⁴

- А). - от 6 месяцев до 1.5 лет
- Б). - от 1 до 6 месяцев
- В). - от 1 до 2 лет
- Г). - 3 и более лет

120. Признаками сформировавшейся гашишной наркомании являются все перечисленные, кроме⁴

- А). - курения гашиша с целью повышения либидо
- Б). - выкуривания 8-10 сигарет с гашишем в день
- В). - курения в одиночестве
- Г). - ежедневного курения гашиша
- Д). - чувства неудовлетворенности вне интоксикации

121. Разнообразие клинических проявлений острой интоксикации препаратами конопли обусловлено всем перечисленным, кроме⁴

- А). - возбуждения симпатического отдела нервной системы
- Б). - различного состава употребляемого наркотика
- В). - индивидуальной реакции организма
- Г). - стимуляции деятельности парасимпатического и симпатического отделов нервной системы

122. Основными клиническими дифференциально-диагностическими признаками, отличающими острые интоксикационные гашишные психозы от кокаиновых, являются все перечисленные, исключая⁴

- А). - активизацию интеллектуальной деятельности
- Б). - резкое чувство голода
- В). - повышенную жажду
- Г). - нарушение сознания
- Д). - снижение нейромускулярной функции

123. Для внешнего вида больного гашишной наркоманией характерно все перечисленное, кроме⁴

- А). - наличия пигментных пятен на коже
- Б). - кожи лица с зеленоватым оттенком
- В). - грубых морщин на лице
- Г). - ломкости волос, ногтей, зубов
- Д). - преждевременного постарения

124. Летальная доза кокаина составляет⁴

- А). - 1000-1200 мг
- Б). - 500-700 мг

¹ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г.

² Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА о специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2019-2020 учебный год, утвержден на заседании кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом психиатрии, психиатрии-наркологии ФУВ, протокол №9 от 17.05.2019 г.

³ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

⁴ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

⁵ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023

- В). - 700-900 мг
- Г). - 1300-1500 мг

125. К симптомам острой интоксикации кокаином относятся все перечисленные, кроме⁴

- А). - агрессии**
- Б). - выраженной эйфории
- В). - ощущения повышенных возможностей, интеллектуальной активности
- Г). - гиперактивности

126. Кокаиновые наркоманы наиболее часто по сравнению с другими наркоманами употребляют и другие наркотики в связи с тем, что при употреблении кокаина⁴

- А). - на спаде интоксикации развиваются неприятные психические и соматические нарушения**
- Б). - эйфория недостаточно выражена
- В). - кокаин очень быстро разрушается в организме
- Г). - развивается тяжелый абстинентный синдром

127. Психическая зависимость от кокаина развивается⁴

- А). - от 1-2 внутривенных инъекций**
- Б). - через 1-2 месяца регулярного внутривенного введения
- В). - через 5-6 месяцев систематического употребления
- Г). - через полгода-год систематического употребления

128. В клинической картине острых интоксикационных кокаиновых психозов преобладают все перечисленные расстройства, кроме⁴

- А). - острых депрессивных реакций**
- Б). - множественных ярких галлюцинаций
- В). - обилия сенестопатий и парестезий
- Г). - острых параноидных реакций

129. Сомато-неврологическими последствиями злоупотребления кокаином являются⁴

- А). - сексуальные дисфункции**
- Б). - прогрессирующее физическое истощение, анемия, парестезии**
- В). - снижение иммунитета и высокая подверженность рекуррентным заболеваниям**
- Г). - параноидный синдром

130. У больных кокаиновой наркоманией наблюдается все перечисленное, кроме⁴

- А). - интенционного тремора**
- Б). - истощения
- В). - сероватого цвета лица, локальных отеков
- Г). - некрозов или прободения носовой перегородки

131. Острые интоксикационные кокаиновые психозы в отличие от острых психозов другой этиологии купируются только⁴

- А). - седуксеном**
- Б). - галоперидолом
- В). - аминазином
- Г). - трифтазином

132. Для поведенческих нарушений в состоянии острой интоксикации амфетаминами характерно все перечисленное, кроме⁴

- А). - **острых депрессивных реакций**
- Б). - ощущения прилива энергии
- В). - усиления активности, переоценки собственных возможностей
- Г). - склонности к монотонным стереотипным действиям

133. К неврологическим расстройствам, характерным для состояния острой интоксикации амфетаминами, относятся все перечисленные, исключая⁴

- А). - **головную боль**
- Б). - гиперрефлексию
- В). - тремор
- Г). - расширение зрачков

134. Острые интоксикационные психозы при злоупотреблении амфетаминами чаще всего протекают по типу⁴

- А). - **делирия**
- Б). - острого галлюциноза
- В). - онейроидноподобного состояния
- Г). - аменции

135. У новорожденных от матерей, злоупотребляющих амфетаминами, отмечаются все перечисленные симптомы, кроме⁴

- А). - **явлений гипергликемии**
- Б). - повышенной потливости
- В). - общего беспокойства
- Г). - судорожных припадков

136. В отношении злоупотребления эфедроном верно все перечисленное, кроме того, что⁴

- А). - **применяют преимущественно внутрь**
- Б). - страдают преимущественно лица молодого возраста
- В). - до первого приема эфедрона они уже знакомы с действием других психоактивных средств
- Г). - мотивами приема являются подражание товарищам и поиск необычных ощущений

137. Сроки формирования эфедроновой наркомании соответствуют всем перечисленным, исключая⁴

- А). - **месяц регулярного внутривенного введения**
- Б). - 2-3 внутривенных введения

¹ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г

² Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА о специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2019-2020 учебный год, утвержден на заседании кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом психиатрии, психиатрии-наркологии ФУВ, протокол №9 от 17.05.2019 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

⁴ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

⁵ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023

- В). - 2-3 месяца нерегулярного перорального приема
- Г). - 8-10 внутривенных введений в течение 3 месяцев

138. Психопатологический компонент состояния острой интоксикации эфедроном выражается всем перечисленным, кроме⁴

- А). - продуктивной деятельности**
- Б). - необычайного душевного подъема со стремлением к деятельности
- В). - ощущения бодрости, неутомимости и легкости движений
- Г). - сочетания повышенного психического тонуса с взбудораженностью, нерезко выраженной тревожностью

139. Гипоманиакальное состояние, характеризующее острую интоксикацию эфедроном, отличается от подобных состояний в клинике эндогенных психозов⁴

- А). - отсутствием непрестанной настороженности и подозрительности**
- Б). - отсутствием аппетита**
- В). - кратковременностью состояния**
- Г). - агрессивностью

140. Клинические проявления своеобразных эфедроновых циклов характеризуются всем перечисленным, кроме⁴

- А). - снижения активности**
- Б). - длительности от 4-5 до 10-14 дней
- В). - полного отсутствия сна и аппетита
- Г). - задержки мочеиспускания

141. К врачам общелечебной сети больные эфедроновой наркоманией обращаются, требуя анальгетических, стимулирующих и седативных средств в связи со всем перечисленным, кроме⁴

- А). - нарушений деятельности желудочно-кишечного тракта**
- Б). - бессонницы
- В). - болей в области поясницы
- Г). - артериальной гипотензии

142. В клинической картине абстинентного состояния при первитиновой наркомании отмечаются⁴

- А). - головная боль, головокружение**
- Б). - нарушения речи, судорожные сведения лицевых и икроножных мышц**
- В). - неприятные покалывания в поясничном отделе позвоночника, ощущения "покручивания" в крупных суставах**
- Г). - дереализация и деперсонализация

143. Начальными признаками острой интоксикации барбитуратами являются все перечисленные, исключая⁴

- А). - ощущение полета, чувства невесомости**
- Б). - мгновенное оглушение
- В). - ощущение "мягкого удара" в голове
- Г). - ощущение, что "все плавает перед глазами"

144. Симптом утраты количественного контроля в опьянении не характерен для всех перечисленных форм наркоманий, кроме⁴

- А). - **барбитуровой**
- Б). - опийной
- В). - кокаиновой
- Г). - эфедроновой

145. Барбитуровый делирий отличается от алкогольного всем перечисленным, исключая⁴

- А). - **менее глубокую степень помрачения сознания**
- Б). - меньшее двигательное возбуждение
- В). - интенсивную цветовую окрашенность галлюцинаторных образов (красный и синий цвет)
- Г). - развивающиеся эпилептиформные припадки, не заканчивающиеся сном

146. Соматическими признаками актуализации компульсивного влечения у барбитуроманов являются все перечисленные, кроме⁴

- А). - **нарушения сердечного ритма**
- Б). - учащения дыхания
- В). - акцента II тона на аорте
- Г). - повышения артериального давления

147. Барбитуровая энцефалопатия отличается от алкогольной всем перечисленным, исключая⁴

- А). - **замедленный темп развития**
- Б). - более быстрый темп развития
- В). - выраженную брадипсихию
- Г). - аффективные нарушения в виде депрессий и дисфорий

148. К галлюциногенам относятся все перечисленные средства, кроме⁴

- А). - **метадона**
- Б). - производных лизергиновой кислоты (LSD)
- В). - псилобицина
- Г). - мевестицина

149. К психопатологическим эффектам острой интоксикации галлюциногенами относятся все перечисленные, исключая⁴

- А). - **стойкий вербальный галлюциноз**
- Б). - нарушения зрительного восприятия
- В). - деперсонализационные и дереализационные расстройства
- Г). - хаотическую смесь: эйфории и дисфории, смешливость и чувство тревоги

150. Условиями развития ятрогенных наркоманий являются все перечисленные, кроме⁴

¹ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г

² Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА о специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2019-2020 учебный год, утвержден на заседании кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом психиатрии, психиатрии-наркологии ФУВ, протокол №9 от 17.05.2019 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

⁴ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

⁵ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023

- А). - **применения одурманивающе действующих средств в терапевтических дозах по показаниям**
- Б). - кратковременного применения одурманивающих средств при самолечении
- В). - длительного некорректируемого применения одурманивающе действующих средств
- Г). - недостаточно обоснованного назначения врачом

151. Угрожаемыми в отношении возможности развития привыкания являются лица со следующими характерологическими особенностями, кроме⁴

- А). - **стеничности**
- Б). - ипохондричности
- В). - неуверенности в своих силах, невыносливости к жизненным психическим и физическим перегрузкам
- Г). - нетерпеливости

152. Абстинентный синдром при опийной ятрогенной наркомании характеризуется всем перечисленным, кроме того, что⁴

- А). - **психопатологический компонент более рельефен**
- Б). - протекает более стерто
- В). - резко обостряются расстройства, характерные для основного соматического заболевания
- Г). - наиболее достоверным признаком является послабление кишечника

153. В отношении токсикомании у больных вялотекущей шизофренией верно все перечисленное, кроме того, что она⁴

- А). - **характеризуется типичностью абстинентного синдрома**
- Б). - протекает атипично
- В). - выражается меньшей интенсивностью психического влечения
- Г). - проявляется иной мотивацией приема токсикоманических средств

154. Клиника острой интоксикации небарбитуровыми снотворными проявляется всем перечисленным, кроме⁴

- А). - **невозможности уснуть на спаде интоксикации**
- Б). - беспричинного веселья
- В). - желанья действовать, смеяться, говорить
- Г). - неустойчивого аффекта, проявляющегося то веселостью, то грустью, то раздражительностью

155. В I стадии токсикомании транквилизаторами имеют место все следующие осложнения функционального характера, за исключением⁴

- А). - **интеллектуально-мнестических нарушений**
- Б). - астенических расстройств
- В). - аффективных нарушений
- Г). - сомато-неврологических расстройств

156. Максимальная толерантность при токсикоманиях транквилизаторами составляет⁴

- А). - **100-250 мг**
- Б). - 50-100 мг
- В). - 300-400 мг
- Г). - 500-600 мг

157. Для неврологического симптомокомплекса при хронической интоксикации транквилизаторами характерно все перечисленное, кроме⁴

- А). - **узких зрачков**
- Б). - мелкоразмашистого "седативного" тремора пальцев вытянутых рук
- В). - пошатывания в позе Ромберга
- Г). - снижения или отсутствия брюшных рефлексов

158. Клиника эйфорической фазы циклодолового опьянения проявляется всем перечисленным, исключая⁴

- А). - **иллюзорные и галлюцинаторные обманы восприятия**
- Б). - немотивированную веселость
- В). - ускорение речи
- Г). - чувство тяжести в теле и особенно в дистальных отделах конечностей

159. Абстинентный синдром при токсикомании центральными холинолитиками проявляется всем перечисленным, кроме⁴

- А). - **брадикардии**
- Б). - эмоциональной слабости, депремированности, раздражительности
- В). - гипергидроза
- Г). - повышения, а затем снижения мышечного тонуса

160. Злокачественность токсикомании средствами бытовой и промышленной химии проявляется всем перечисленным, кроме⁴

- А). - **опасного для жизни абстинентного синдрома**
- Б). - высокой прогрессивности
- В). - тяжести психической и социальной инвалидизации
- Г). - перехода на другие виды одурманивания

161. К недостаткам никотинзаместительной терапии относится все перечисленное, кроме⁴

- А). - **поражения печени как результата осложнения данного метода**
- Б). - возможного побочного действия фармакотерапии
- В). - большой длительности курса лечения (до 30 дней)
- Г). - невозможности применения данного метода при наличии соматических заболеваний

162. К противопоказаниям для применения никотинзаместительной терапии⁴ относится все перечисленное, исключая

- А). - **хронический гепатит**
- Б). - гипертоническую болезнь II-III степени
- В). - язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения
- Г). - Кровотечение

¹ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г

² Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА о специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2019-2020 учебный год, утвержден на заседании кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом психиатрии, психиатрии-наркологии ФУВ, протокол №9 от 17.05.2019 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

⁴ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

⁵ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023

163. Алкоголизм, на фоне которого развивается токсикомания, имеет ряд особенностей, исключая

- А). - **преобладания среднепрогредиентного темпа течения заболевания**
- Б). - раннее начало этапа систематического пьянства и очень короткую его продолжительность
- В). - ускоренное формирование патологического влечения к алкоголю
- Г). - появление измененных форм опьянения еще на этапе систематического пьянства

164. Характер и объем профилактической работы врача психиатра-нарколога регламентируется следующими нормативными актами

- А). - **приказами Минздравмедпрома Российской Федерации**
- Б). - **соответствующим законодательством РФ**
- В). - **указами, постановлениями Президента, правительства РФ**
- Г). - Гражданским кодексом РФ

165. В соответствии с международными конвенциями контроль за лекарственными средствами осуществляет

- А). - **постоянный комитет по контролю наркотиков при Минздравмедпроме РФ**
- Б). - фармкомитет
- В). - главное аптечное управление Минздравмедпрома РФ
- Г). - Роспотребнадзор

166. Первичная профилактика наркологических заболеваний - это⁴

- А). - **система мер воздействия на причину, условия развития болезней или на повышение устойчивости организма человека к неблагоприятным факторам**
- Б). - система мер, направленных на раннюю диагностику болезней, выявление групп высокого риска, применение лечебных и корригирующих мероприятий
- В). - система мер, направленных на выявление и лечение больных, сдерживание темпа прогредиентности, предупреждение рецидивов
- Г). - система мер, направленных на раннюю диагностику и лечение болезней

167. Вторичная профилактика наркологических заболеваний - это⁴

- А). - **система мер, направленных на раннюю диагностику болезней выявление групп риска, применение лечебных и корригирующих мероприятий**
- Б). - система мер воздействия на причину, условия развития болезней или на повышение устойчивости организма человека к неблагоприятным факторам
- В). - система мер, направленных на выявление и лечение больных, сдерживание темпа прогредиентности, предупреждение рецидивов
- Г). - система мер предотвращения распространения заболеваний наркологического профиля и их раннего выявления

168. Третичная профилактика наркологических заболеваний - это⁴

- А). - **система мер, направленных на выявление и лечение больных, сдерживание темпа прогредиентности, предупреждение рецидивов**
- Б). - система мер, направленных на раннюю диагностику болезней, выявление групп риска, применение лечебных и корригирующих мероприятий
- В). - система мер воздействия на причину, условия развития болезней или на повышение устойчивости организма человека к неблагоприятным факторам
- Г). - система мер предотвращения распространения заболеваний наркологического

профиля и их раннего выявления

169. I группа профилактического учета включает все следующие категории подростков, кроме⁴

А). - **больных алкоголизмом**

Б). - склонных к злоупотреблению алкоголем, но не больных алкоголизмом

В). - склонных к злоупотреблению алкоголем, у которых выявлены признаки измененной реакции на алкоголь (рост толерантности, утрата рвотного рефлекса и др.)

Г). - злоупотребляющих алкоголем с асоциальным поведением

170. II группа профилактического учета включает в себя подростков⁴

А). - **страдающих алкоголизмом**

Б). - с психической патологией и злоупотреблением алкоголя

В). - злоупотребляющих алкоголем с асоциальным поведением

Г). - склонных к злоупотреблению алкоголем, но не больных алкоголизмом

171. Длительность наблюдения за подростками I группы профилактического учета составляет⁴

А). - **2-3 года**

Б). - 1 год

В). - 5 лет

Г). - 6 месяцев

172. Длительность наблюдения за подростками II группы профилактического учета составляет⁴

А). - **до совершеннолетия**

Б). - до 1 года

В). - до 2-3 лет

Г). - до 5 лет

173. В соответствии с приказом Минздравмедпрома РФ сведения о состоящих на учете больных наркоманиями и лицах, замеченных в немедицинском потреблении наркотических средств, сообщаются⁴

А). - **в обязательном порядке в соответствующие ОВД**

Б). - по запросам в соответствующие органы внутренних дел

В). - в ОВД в случаях отказа от лечения и продолжении приема наркотических средств

Г). - не передаются без согласия пациента

174. Сведения о больных токсикоманиями сообщаются в органы внутренних дел

А). - **только на больных, нуждающихся в лечении и уклоняющихся от диспансерного наблюдения**

¹ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г

² Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА о специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2019-2020 учебный год, утвержден на заседании кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом психиатрии, психиатрии-наркологии ФУВ, протокол №9 от 17.05.2019 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

⁴ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

⁵ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023

- Б). - в обязательном порядке во всех случаях без запроса с их стороны
- В). - только по запросам соответствующих ОВД
- Г). - не передаются без согласия пациента

175. При лечении алкоголизма используются все методы психотерапии, кроме⁴

- А). - наркогипнотерапии**
- Б). - индивидуальной рациональной психотерапии
- В). - гипнотерапии
- Г). - эмоционально-стрессовой психотерапии

176. Основным и наиболее эффективным методом, используемым в преодолении анозогнозии у больных алкоголизмом, является⁴

- А). - психотерапия**
- Б). - лекарственная специфическая терапия
- В). - неспецифическая лекарственная терапия
- Г). - симптоматическая терапия

177. Из всех соматических осложнений при алкоголизме наиболее специфическими являются⁴

- А). - жировая дистрофия печени**
- Б). - кардиомиопатия
- В). - сосудистая гипертензия
- Г). - панкреатиты

178. Из всех неврологических нарушений при алкоголизме наиболее специфическими являются⁴

- А). - синдром рассеянного энцефаломиелита**
- Б). - полиневропатия
- В). - гипоталамический синдром с вегетативно-сосудистыми пароксизмами
- Г). - мононевриты

179. Первый этап терапии больных алкоголизмом - это

- А). - клиническое обследование больного**
- Б). - прерывание запоев и проведение дезинтоксикации**
- В). - купирование абстинентных расстройств**
- Г). - подавление патологического влечения к алкоголю

180. Второй этап терапии больных алкоголизмом - это⁴

- А). - подавление патологического влечения к алкоголю**
- Б). - коррекция соматических, неврологических и психопатологических расстройств**
- В). - выработка позитивных установок на длительное воздержание от алкоголя**
- Г). - оздоровление микросоциального окружения

181. Третий этап терапии больных алкоголизмом - это⁴

- А). - восстановительная терапия**
- Б). - поддерживающее медикаментозное и психотерапевтическое лечение**
- В). - оздоровление микросоциального окружения**
- Г). - подавление патологического влечения к алкоголю

182. Одним из обязательных условий применения психотропных препаратов при лечении больных алкоголизмом является⁴

- А). - назначение их короткими курсами**

- Б). - дифференцированность показаний
- В). - контролируемое применение
- Г). - контроль соматического и неврологического состояния больного

183. При купировании алкогольного абстинентного синдрома используются все перечисленные средства, кроме⁴

- А). - антибиотиков**
- Б). - витаминов
- В). - полиионных растворов
- Г). - метаболитных средств

184. При лечении алкогольного абстинентного синдрома чаще используются нейролептики⁴

- А). - с преобладанием седативного эффекта**
- Б). - с преобладанием антипсихотического эффекта
- В). - с преобладанием стимулирующего эффекта
- Г). - с широким спектром действия

185. К общеукрепляющим и тонизирующим средствам, используемым в наркологической практике, относятся⁴

- А). - витамины**
- Б). - ноотропы**
- В). - растворы 40% глюкозы**
- Г). - тиоловые препараты

186. К дезинтоксикационным средствам, применяемым в наркологической практике, относятся⁴

- А). - тиоловые препараты**
- Б). - гипертонические растворы**
- В). - плазмозаменяющие растворы**
- Г). - мочевины 30%

187. К гипертоническим растворам, применяемым в наркологической практике, относятся все перечисленные, кроме⁴

- А). - натрия хлористого 0.9%**
- Б). - глюкозы 40%
- В). - мочевины 30%
- Г). - магния сульфата 25%

188. К тиоловым препаратам, используемым в наркологической практике, относятся все перечисленные, кроме⁴

- А). - гемодеза 6%**

¹ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г

² Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА о специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2019-2020 учебный год, утвержден на заседании кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом психиатрии, психиатрии-наркологии ФУВ, протокол №9 от 17.05.2019 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

⁴ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

⁵ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023

- Б). - натрия тиосульфата 30%
- В). - унитиола 5%
- Г). - сульфозина 1%

189. Гемодез - это 6% раствор поливинилпирролидона, содержащий все указанные ионы, кроме⁴

- А). - серы**
- Б). - натрия и хлора
- В). - калия
- Г). - магния

190. К препаратам, вызывающим гипертермическую реакцию у больных алкоголизмом, относятся все перечисленные, кроме⁴

- А). - пиридитола**
- Б). - пирогенала
- В). - сульфозина
- Г). - продигиозана

191. Длительная тошнотно-рвотная реакция у больных алкоголизмом обусловлена лечением⁴

- А). - отваром баранца 5%**
- Б). - апоморфином 0.5%
- В). - эметином 1%
- Г). - отваром чабреца 7.5%

192. Эффективность лечения алкоголизма методом имплантации препарата эспераль обуславливается всеми факторами, кроме⁴

- А). - химико-биологической активности**
- Б). - психотерапевтического эффекта
- В). - установок больного на длительную трезвость
- Г). - мощной психотерапевтической подготовки

193. Основным противопоказанием к назначению метронидазола у больных алкоголизмом является⁴

- А). - лейкопения**
- Б). - язвенная болезнь желудка
- В). - бронхиальная астма
- Г). - гипертоническая болезнь II ст.

194. Для купирования рецидивов у больных алкоголизмом применяют⁴

- А). - ноотропы**
- Б). - препараты, вызывающие гипертермию**
- В). - естественные метаболиты широкого спектра действия**
- Г). - нейролептики

195. При терапии алкогольных делириев с особой осторожностью следует назначать⁴

- А). - нейролептики**
- Б). - ионные растворы
- В). - витамины
- Г). - кровезаменители

196. Лечение артериальной гипотонии, обусловленной обезвоживанием, проводится⁴

А). - **изотоническими растворами**

Б). - кардиотониками

В). - вазопрессорами

Г). - аналептиками

197. При развитии отека легких у больных с алкогольными делириями назначают все перечисленное, кроме⁴

А). - **вазопрессоров**

Б). - "пеносгасителей"

В). - антигистаминных препаратов

Г). - глюкокортикостероидных гормонов

198. Лечение артериальной гипотонии, обусловленной сердечной недостаточностью, проводится⁴

А). - **кардиотониками**

Б). - вазопрессорами

В). - изотоническими растворами

Г). - аналептиками

199. При лечении острых алкогольных энцефалопатий назначают все перечисленное, кроме⁴

А). - **нейролептиков**

Б). - витаминов

В). - ионных растворов, кровезаменителей

Г). - симптоматических средств

200. Противоалкогольная терапия у лиц, перенесших металкогольные психозы, включает все перечисленные препараты, кроме⁴

А). - **тетурама**

Б). - пирацетама

В). - витаминов

Г). - метронидазола

201. При лечении алкоголизма, сочетающегося с шизофренией, обязательным является назначение¹

А). - **психотропных средств**

Б). - общеукрепляющих средств и витаминов

В). - ноотропов

Г). - сенсibiliзирующих средств

202. Наиболее значимым фактором в проведении лечебно-реабилитационных

¹ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г

² Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА о специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2019-2020 учебный год, утвержден на заседании кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом психиатрии, психиатрии-наркологии ФУВ, протокол №9 от 17.05.2019 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

⁴ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

⁵ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023

мероприятий у подростков, страдающих алкоголизмом, является¹

- А). - **оздоровление микросоциального окружения**
- Б). - стационарирование
- В). - назначение психотропных средств
- Г). - индивидуальная психотерапия

203. При лечении алкоголизма у лиц с заболеваниями печени используется все перечисленное, кроме¹

- А). - **сенситизирующих препаратов**
- Б). - витаминов и общеукрепляющих средств
- В). - ноотропов
- Г). - гепатотропов

204. При лечении половых расстройств у больных алкоголизмом с особой осторожностью следует применять¹

- А). - **андрогенные гормоны**
- Б). - физиотерапию
- В). - иглорефлексотерапию
- Г). - психотерапию

205. Все перечисленные преморбидные личностные черты препятствуют развитию алкогольной болезни, кроме¹

- А). - **инфантилизма**
- Б). - экстравертированности
- В). - уравновешенности
- Г). - высокого интеллекта

206. Наличие в анамнезе длительного периода бытового пьянства свидетельствует о следующих вариантах течения алкоголизма, кроме¹

- А). - **высоко прогрессивного**
- Б). - медленно прогрессивного
- В). - средне прогрессивного
- Г). - не является специфичным

207. Доклиническими проявлениями алкоголизма являются все перечисленные, кроме¹

- А). - **абстинентного синдрома**
- Б). - сохранения защитного рвотного рефлекса
- В). - отсутствия измененных картин опьянения
- Г). - сопорозного опьянения

208. Перечисленные данные анамнеза характерны для второй стадии алкоголизма, кроме¹

- А). - **снижения толерантности**
- Б). - "плато" толерантности
- В). - наличия измененных форм опьянения
- Г). - вторичного патологического влечения к алкоголю

209. Констатация в анамнезе сопутствующей психотической и характерологической патологии должна отвечать следующим требованиям, кроме¹

- А). - **выражения в форме психиатрических терминов**
- Б). - изложения описательным способом

- В). - отражения в хронологическом порядке
- Г). - использования объективных данных

210. Все перечисленные варианты влияния семьи способствуют приобщению к пьянству, кроме¹

- А). - **гиперопеки**
- Б). - безнадзорности
- В). - воспитания по типу "золушка"
- Г). - воспитания по типу "кумир семьи"

211. При общесоматическом обследовании больного психиатр-нарколог должен обратить особое внимание на состояние¹

- А). - **кожи и слизистых**
- Б). - сердечно-сосудистой системы
- В). - пищеварительной системы
- Г). - эндокринной системы

212. Специфической патологией со стороны сердечно-сосудистой системы при алкоголизме является¹

- А). - **кардиомиопатия**
- Б). - гипертоническая болезнь
- В). - ишемическая болезнь сердца
- Г). - болезнь Рейно

213. К основным критериям, определяющим состояние простого алкогольного опьянения, относятся все перечисленные, кроме¹

- А). - **миоза**
- Б). - изменения в эмоциональной сфере
- В). - функциональных изменений моторики
- Г). - изменения ассоциативного процесса и характера восприятия окружающего

214. Легкая степень простого алкогольного опьянения характеризуется всем перечисленным, кроме¹

- А). - **замедления ассоциативного процесса**
- Б). - ощущения психического и физического комфорта
- В). - повышения речедвигательной активности
- Г). - появления вегетативных реакций в виде гиперемии кожи лица, учащения пульса, повышения аппетита

215. Для признаков средней степени простого алкогольного опьянения характерно все перечисленное, кроме¹

¹ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г

² Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА о специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2019-2020 учебный год, утвержден на заседании кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом психиатрии, психиатрии-наркологии ФУВ, протокол №9 от 17.05.2019 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

⁴ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

⁵ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023

- А). - **непроизвольного мочеиспускания**
- Б). - функциональных нарушений моторики
- В). - замедления и затруднения ассоциативного процесса
- Г). - однообразности представлений, трудности в переключении внимания, застреваемости

216. Тяжелая степень простого алкогольного опьянения определяется всем перечисленным, кроме¹

- А). - **гиперемии**
- Б). - мозжечковой атаксии
- В). - вестибулярных расстройств: головокружения, тошноты, рвоты
- Г). - снижения тонуса сердечно-сосудистой системы

217. Для умеренно выраженного изменения простого алкогольного опьянения характерно все перечисленное, кроме¹

- А). - **полного отсутствия эйфоризирующего действия алкоголя**
- Б). - сокращения периода эйфории
- В). - однообразного бахвальства и вспышек раздражения
- Г). - появления палимпсестов

218. Для эксплозивного варианта измененного простого алкогольного опьянения характерны все перечисленные симптомы, кроме¹

- А). - **тревожно-тоскливого аффекта**
- Б). - слабо выраженной и кратковременной эйфории
- В). - вспышек резкого недовольства, раздражения или злобы, повторяющихся в состоянии опьянения неоднократно
- Г). - изменения содержания высказываний и поведения соответственно изменению аффекта

219. Клиника дисфорического варианта измененного простого алкогольного опьянения характеризуется всем перечисленным, кроме¹

- А). - **суицидальных мыслей, нередко сопровождаемых суицидальными действиями**
- Б). - состояния напряженности, сопровождаемого недовольством, угрюмостью в сочетании с неприязнью и злобой
- В). - пониженно-тоскливого аффекта
- Г). - ощущения соматического дискомфорта и резко выраженной гиперестезии

220. Для истерического варианта измененного простого алкогольного опьянения характерны все перечисленные симптомы, кроме¹

- А). - **подозрительности к окружающим**
- Б). - театральности поведения с примитивностью моторных реакций (заламывание рук и т.д.)
- В). - суицидного шантажа
- Г). - поведения с элементами пуэрилизма или псевдодеменции

221. Для маниакального варианта измененного простого алкогольного опьянения характерно все перечисленное, кроме¹

- А). - **ментизма**
- Б). - повышенного настроения с беспечностью и благодушием

- В). - двигательного возбуждения с назойливым приставанием, повышенной откликаемостью на окружающее
Г). - непродолжительных вспышек раздражения

222. Для патологического опьянения характерно все перечисленное, кроме¹

- А). - **высокого риска возникновения повторных состояний патологического опьянения**
Б). - внезапности, остроты и транзиторности психотического эпизода
В). - испульсивности и целенаправленности характера разрушительных, нередко криминальных действий
Г). - сумеречного состояния сознания

223. При формировании алкоголизма ведущую роль играет нарушение обмена витаминов¹

- А). - **группы В**
Б). - С
В). - РР
Г). - Е

224. К индивидуальным методам психотерапии алкоголизма относятся все перечисленные, кроме¹

- А). - **ситуационно-психологического тренинга**
Б). - рациональной психотерапии
В). - внушения наяву
Г). - гипнотерапии

225. Групповыми методиками психотерапии алкоголизма являются все перечисленные, кроме¹

- А). - **функциональной тренировки**
Б). - гипнотерапии
В). - аутотренинга
Г). - ситуационно-психологического тренинга

226. Методическими приемами, используемыми в коллективной психотерапии алкоголизма, являются все перечисленные, кроме¹

- А). - **функциональной тренировки**
Б). - косвенного внушения
В). - опосредованной психотерапии
Г). - метода психотерапевтического зеркала

227. С помощью внушения в гипнозе можно вызвать у больного алкоголизмом все перечисленное, кроме¹

¹ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г

² Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА о специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2019-2020 учебный год, утвержден на заседании кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом психиатрии, психиатрии-наркологии ФУВ, протокол №9 от 17.05.2019 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

⁴ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

⁵ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023

- А). - **устранения симптомов утраты количественного контроля**
- Б). - реакции отвращения к органолептическим свойствам спиртных напитков
- В). - подавления первичного патологического влечения к алкоголю
- Г). - утраты вторичного патологического влечения к алкоголю

228. Абсолютными противопоказаниями к применению метода стрессопсихотерапии алкоголизма являются все перечисленные, кроме¹

- А). - **исходной стадии алкоголизма**
- Б). - делириозного состояния
- В). - аментивного состояния
- Г). - абстинентного синдрома

229. К особенностям методики коллективной эмоционально-стрессовой гипнотерапии алкоголизма относится все перечисленное, кроме¹

- А). - **применения данной методики изолированно без сочетания с другими методами лечения**
- Б). - возможности применения у всех больных вне зависимости от степени гипнабельности
- В). - чрезвычайно ограниченного круга соматических противопоказаний
- Г). - выработки стойкой аверсионной реакции на спиртные напитки

230. Обучение больных алкоголизмом аутогенной тренировке позволяет реализовать все перечисленное, кроме¹

- А). - **устранения вторичного патологического влечения к алкоголю**
- Б). - притупления первичного патологического влечения к алкоголю
- В). - уменьшения эмоционального напряжения
- Г). - мобилизации волевых ресурсов

231. Важнейшими особенностями лечения алкоголизма на шизофренической почве являются¹

- А). - **апоморфинотерапия при заметных личностных изменениях и эметин - при недостаточно критическом отношении к своему состоянию**
- Б). - относительно большие дозы тетурама
- В). - обязательно алкогольно-тетурамовые пробы
- Г). - преимущественно стационарное лечение

232. При лечении алкогольных расстройств при эпилепсии применяется¹

- А). - **никотиновая кислота**
- Б). - **внушение отвращения к вкусу и запаху спиртного**
- В). - тетурам и баранец
- Г). - апоморфинотерапия

233. У больных алкоголизмом с астеническими и шизоидными чертами характера наиболее эффективна следующая методика психотерапии¹

- А). - **индивидуальная рациональная психотерапия**
- Б). - коллективная психотерапия в гипнотическом состоянии
- В). - эмоционально-стрессовая гипнотерапия (по В.Е.Рожнову)
- Г). - гипнотерапия

234. Долгим алкогольным ремиссиям эпилептоидного психопатоалкоголика особенно способствуют¹

- А). - **возможность реализовать свою авторитарность, властность с опасностью**

276. При острой интоксикации смерть наступает при концентрации алкоголя в крови¹

- А). - **500-600 мг%**
- Б). - 200-300 мг%
- В). - 300-400 мг%
- Г). - 600-700 мг%

277. Об острой интоксикации алкоголем свидетельствуют все следующие признаки, исключая¹

- А). - **полнокровие венул**
- Б). - гиалиноз стенок артериол, капилляров
- В). - интерстициальный фиброз
- Г). - капли липидов в клетках

278. Для алкогольных гастритов характерны следующие морфологические признаки¹

- А). - **накопление в слизистой оболочке филаментов промежуточного типа**
- Б). - **нарушение регенерации слизистой оболочки желудка**
- В). - **слущивание поверхностных клеток слизистой оболочки**
- Г). - увеличение толщины слизистой оболочки, ее гиперемия и отек

279. Нарушение углеводного обмена при острой интоксикации алкоголем объясняется тем, что¹

- А). - **алкоголь подавляет потребление глюкозы клетками вследствие снижения активности ферментов, участвующих в ее окислении**
- Б). - **замедляется второй путь энергообразования - процесс бескислородного, ферментативного окисления глюкозы**
- В). - **алкоголь снижает уровень инсулина в крови и подавляет его выработку поджелудочной железой**
- Г). - Процесс ферментативного окисления глюкозы ускоряется

280. Особенности психических автоматизмов при алкогольном галлюцинозе заключаются во всем перечисленном, кроме того, что¹

- А). - **психические автоматизмы носят постоянный характер**
- Б). - возникают только отдельные компоненты психических автоматизмов
- В). - отсутствует тенденция к усложнению
- Г). - отличаются транзиторностью

281. Развитию онейроида при остром алкогольном галлюцинозе предшествует¹

- А). - **усиление вербальных галлюцинаций**
- Б). - **наличие выраженного двигательного возбуждения**
- В). - **аффект страха**
- Г). - **синдром растерянности**
- Д). - онейроидная аура

282. Острый алкогольный параноид у больных шизофренией характеризуется всеми перечисленными психопатологическими особенностями, кроме¹

- А). - **истинных зрительных галлюцинаций**
- Б). - возбуждения с импульсивными действиями
- В). - образного бреда преследования, усложненного идеями отравления, колдовства
- Г). - кататонических включений

283. Металкогольные психозы у лиц с травматической энцефалопатией

¹характеризуются всем перечисленным, кроме

- А). - **"классического" алкогольного делирия**
- Б). - атипичного алкогольного делирия
- В). - атипичного алкогольного галлюциноза
- Г). - смешанного и структурно-сложного металкогольного психоза

284. К алкогольной эпилепсии относят следующие проявления, кроме¹

- А). - **припадков в случае сочетания алкоголизма и симптоматической эпилепсии органического генеза**
- Б). - **атипичного алкогольного галлюциноза**
- В). - припадков, возникающих в связи с предшествующей алкоголизацией и в первые дни абстинентного синдрома
- Г). - припадков в дебюте манифестных проявлений делирия и энцефалопатии Гайе - Вернике

285. Ведущими в патогенез алкогольного делирия являются все следующие проявления, кроме¹

- А). - **повышения содержания в нервной ткани гамма-аминомасляной кислоты**
- Б). - нарушения детоксицирующей белковой и жировой функции печени
- В). - нарушения окисления алкоголя алкогольдегидрагеназой
- Г). - развития гиповитаминоза
- Д). - нарушения электролитного обмена

286. Шизофрению, осложненную металкогольным психозом, отличают от металкогольного психоза у больных алкоголизмом следующие признаки, исключая¹

- А). - **преобладание вегетативно-соматического компонента похмельного синдрома над психическим компонентом**
- Б). - раннее проявление измененных форм опьянения
- В). - быстрое формирование измененной реактивности на алкоголь
- Г). - возникновение психоза до формирования абстинентного синдрома
- Д). - непродолжительные запои перед возникновением психоза

287. Вероятность развития ятрогенной наркомании велика у всех перечисленных лиц, кроме¹

- А). - **лиц с остро проявляющимися соматическими нарушениями**
- Б). - лиц, уже страдающих зависимостью от какого-либо психотропного препарата, либо имевших в прошлом опыт злоупотребления ими
- В). - больных алкоголизмом и склонных к злоупотреблению алкоголем
- Г). - больных невротами, страдающих психопатиями
- Д). - лиц, страдающих хроническими соматическими заболеваниями

¹ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г

² Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА о специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2019-2020 учебный год, утвержден на заседании кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом психиатрии, психиатрии-наркологии ФУВ, протокол №9 от 17.05.2019 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

⁴ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

⁵ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023

288. У больных с хроническим алгическим синдромом по мере спада действия наркотика появляется все перечисленное, кроме¹

- А). - **нарушения аппетита**
- Б). - раздражительности, плаксивости
- В). - нарастания болевых ощущений
- Г). - тревоги

289. Ятрогенные наркомании отличаются от "типичной" наркоманической зависимости всем перечисленным, исключая¹

- А). - **эйфорию как мотив приема наркотика**
- Б). - замедленное развитие симптомов зависимости
- В). - незначительный рост толерантности
- Г). - представленность абстинентного синдрома как обострение основного заболевания

290. Особенностью влечения к наркотику при ятрогенной наркомании является¹

- А). - **стремление не к интоксикационному действию как таковому, а лишь к обезболивающему эффекту наркотика**
- Б). - **малая выраженность симптомов психического дискомфорта**
- В). - **маскирование психического дискомфорта объяснимым изменением психического состояния вследствие нарастания болевых ощущений**
- Г). - высокое стремление к интоксикации

291. Абстинентный синдром при опийной ятрогенной наркомании характеризуется всем перечисленным, кроме того, что¹

- А). - **психопатологический компонент более рельефен**
- Б). - протекает более стерто
- В). - резко обостряются расстройства, характерные для основного соматического заболевания
- Г). - наиболее достоверным признаком является послабление кишечника

292. К последствиям ятрогенных наркоманий и токсикоманий относятся все перечисленные, исключая¹

- А). - **слабоумие, социальное снижение**
- Б). - хронизацию основного заболевания
- В). - прогрессирующее психо-физическое истощение
- Г). - выраженную криминальность поведения

293. Ведение больных опийной ятрогенной наркоманией осуществляется с учетом всего перечисленного, кроме¹

- А). - **отмены опиатов**
- Б). - нецелесообразности наркологического лечения при неблагоприятном прогнозе продолжительности жизни
- В). - назначения доз опиатов с учетом толерантности
- Г). - дополнительного назначения транквилизаторов или барбитуратов без увеличения дозы опиатов

294. При ятрогенной наркомании лечение, целью которого является полная отмена опиатов, оправдано в случаях¹

- А). - **достижения устойчивой ремиссии основного заболевания**
- Б). - **возможности полного купирования болей ненаркотическими**

аналгетиками и спазмолитиками

В). - отсутствия угрозы ухудшения течения соматического заболевания

Г). - Неблагоприятного прогноза продолжительности жизни

295. При литическом снижении дозы опиатов при ятрогенной наркомании целесообразно все перечисленное, кроме того, что¹

А). - снижение доз идет путем уменьшения разовой дозы

Б). - назначается 1/2-1/3 дозы, получаемой больным до стационарирования

В). - каждую следующую меньшую дозу больной получает 3-4 дня

Г). - длительность, быстрота снижения дозы определяется целью лечения (полная отмена или снижение дозы)

296. Для купирования абстинентного синдрома при опийной ятрогенной наркомании применяются все перечисленные средства, кроме¹

А). - галоперидола

Б). - пирроксана

В). - глютаминовой кислоты

Г). - седуксена

297. У больных ятрогенной наркоманией по мере снижения доз наркотиков могут развиваться раптоидные состояния, проявляющиеся всем перечисленным, кроме¹

А). - агрессивности

Б). - нарастания беспокойства

В). - тревоги

Г). - отказа от лечения и требования выписки

298. У пожилых больных опийной ятрогенной наркоманией в абстиненции при снижении опиатов возможно появление всех перечисленных расстройств, кроме¹

А). - вербального галлюциноза

Б). - суетливости, беспокойства

В). - эпизодов суженного сознания

Г). - ложных узнаваний

299. Абстинентный синдром формируется в сжатые сроки и протекает более тяжело при всех перечисленных видах наркоманий осложненных, кроме¹

А). - опийно-гашишной

Б). - опийно-ноксироновой

В). - кодеин-ноксироновой

Г). - опийно-барбитуровой

300. Формирование полинаркомании носит характер определенной системы, проявляющейся всем перечисленным, исключая¹

А). - случайность вида дополнительного наркотика

¹ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г

² Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА о специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2019-2020 учебный год, утвержден на заседании кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом психиатрии, психиатрии-наркологии ФУВ, протокол №9 от 17.05.2019 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

⁴ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

⁵ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023

- Б). - определенный этап основного наркотизма
В). - манеру наркотизации, зависящую от того, какой наркотик первоначальный, а какой привнесенный
Г). - использование дополнительного наркотика либо в состоянии привычной интоксикации, либо в абстинентном состоянии

Перечень вопросов для II этапа итоговой (государственной итоговой) аттестации в ординатуре по специальности 31.08.21. Психиатрия-наркология (практическая часть):

1. Особенности курации больных в психиатрическом стационаре.
2. Оформление медицинской документации в психиатрическом диспансере.
3. Тактика терапии алкогольного делирия.
4. Тактика оказания первой врачебной помощи психически больному с социально-опасными действиями.
5. Купирование эпилептического статуса.
6. Показания, противопоказания и методика проведения электросудорожной терапии.
7. Диагностика и купирование злокачественного нейролептического синдрома.
8. Купирование приступа фебрильной шизофрении.
9. Показания, противопоказания и методика проведения инсулинокоматозной терапии.
10. Проведение недобровольной госпитализации в стационар (показания, оформление необходимой документации).
11. Оформление медицинской документации в наркологическом.
12. Тактика лечения абстинентного синдрома при наркоманиях.
13. Методика купирования психомоторного возбуждения: маниакального, кататонического, гебефренического.
14. Методика купирования различных видов возбуждения: при алкогольном делирии, остром алкогольном галлюцинозе.
15. Методы коррекции хронических неврологических и соматовегетативных побочных эффектов терапии психотропными веществами.
16. Тактика лечения острых алкогольных энцефалопатий.
17. Лечение алкогольного абстинентного синдрома.
18. Тактика лечения острой интоксикации при токсикоманиях.
19. Методики проведения дегидратационной и нейрометаболической терапии при психических расстройствах органического генеза.
20. Методы коррекции нейролептического синдрома.
21. Терапия антидепрессантами (показания к назначению, противопоказания и т.д.)
22. Лечение транквилизаторами (показания к назначению, противопоказания и т.д.)
23. Терапия нейролептиками (показания к назначению, противопоказания и т.д.).
24. Методы коррекции серотонинового синдрома.³
25. Методы коррекции гиперпролактинемии.³
26. Виды режимов наблюдения в психиатрическом стационаре.³
27. Особенности и способы применения мер физического стеснения в психиатрии.³
28. Первое поколение антипсихотиков: механизм действия, основные представители, наиболее распространенные побочные эффекты.³
29. Второе поколение антипсихотиков: механизм действия, основные представители, наиболее распространенные побочные эффекты.³
30. Третье поколение антипсихотиков: механизм действия, основные представители, наиболее распространенные побочные эффекты.³

31. Моноаминовая теория развития депрессий и особенности подбора терапии антидепрессантами в соответствии с ней.³
32. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина: механизм действия, основные представители, наиболее распространенные побочные эффекты.³
33. Тактика подбора антипсихотической терапии в зависимости от преобладающей симптоматики.³
34. Нормотимики: основные представители группы, особенности подбора терапии.³
35. Преодоление резистентности при лечении шизофрении.³
36. Основные лабораторные и инструментальные показатели, подлежащие контролю при проведении психофармакотерапии.³
37. Особенности проведения психофармакотерапии при беременности.³
38. Купирование психотических расстройств и бессонницы у пожилых пациентов.³
39. Особенности фармакотерапии в детском возрасте. Основные психофармакологические препараты, одобренные для применения в детском возрасте.³
40. Место атипичных антипсихотиков в лечении биполярного аффективного расстройства и рекуррентных депрессий.³
41. Купирующая терапия при шизофрении. Парентеральные формы антипсихотиков.
42. Антипсихотики пролонгированного действия: показания к применению, основные представители, тактика подбора терапии.³
43. Коррекция медикаментозной гипотонии.³
44. Особенности ухода за дементными и ослабленными пациентами.³
45. Тактика подбора терапии при болезни Альцгеймера.³
46. Лечение задержки речевого развития.³
47. Виды амбулаторного наблюдения в психиатрии, их особенности.³
48. Особенности лечения пациентов с кататоническим синдромом.³
49. Тактика лечения пациентов с отказом от приема пищи.³
50. Тактика лечения пациентов с суицидальным риском.³
51. Место психотерапии в лечении психических расстройств.³
52. Дифференциальная диагностика истероформных и эпилептиформных судорожных приступов, отличия базовой терапии.³
53. Особенности ведения медицинской документации недееспособных пациентов, пациентов, состоящих на АДН и АПНЛ в стационаре.³
54. Особенности оформления медицинской документации при назначении препаратов, подлежащих предметно-количественному учету, препаратов, не входящих в стандарты терапии.³
55. Особенности ведения медицинской документации пациентов, находящихся на листе нетрудоспособности.³
56. Порядок оформления пациента в учреждение социального обслуживания.³
57. Виды принудительного лечения и учреждений, которые его осуществляют.³
58. Основные методики исследования памяти и интеллекта.³
59. Основные методики исследования личностных особенностей.³

¹ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г

² Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА о специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2019-2020 учебный год, утвержден на заседании кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом психиатрии, психиатрии-наркологии ФУВ, протокол №9 от 17.05.2019 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

⁴ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

⁵ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023

Перечень вопросов для III этапа итоговой (государственной итоговой) аттестации в ординатуре по специальности 31.08.21. Психиатрия-наркология (теоретическая часть):

Раздел «Общие вопросы наркологии»:

1. Предмет и задачи психиатрии и наркологии, их отношение к другим разделам медицинской науки.
2. Наркологическая служба в РФ как самостоятельная часть здравоохранения.
3. История наркологической помощи в России.
4. Правовые аспекты оказания амбулаторной наркологической помощи.
5. Правовые аспекты и принципы наркологического освидетельствования.
6. Права и обязанности медицинских работников, оказывающих наркологическую медицинскую помощь.
7. Нормативная регуляция наркологической помощи.
8. Нормативная регуляция психиатрической помощи. Основные положения Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».
9. Организация стационарной психиатрической и наркологической помощи. Показания к госпитализации.
10. Организация амбулаторной психиатрической и наркологической помощи
11. Методы исследования, применяемые в психиатрии и наркологии. Клинический метод. Параклинические методы в психиатрии. Диагностические возможности каждого метода
12. Принципы классификации психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением ПАВ, в соответствии с международной классификацией болезней (МКБ X). Факторы риска возникновения наркологических заболеваний.

Раздел «Общая психопатология»:

1. Понятие симптома и синдрома в психиатрии, их значение для диагностики психических расстройств. Понятие продуктивной и негативной симптоматики, их диагностическое значение
2. Методы исследования, применяемые в психиатрии. Клинический метод. Параклинические методы в психиатрии. Диагностические возможности каждого метода
3. Расстройства ощущений. Диагностическое значение, особенности при различных заболеваниях.
4. Расстройства восприятия: иллюзии, их классификация. Диагностическое значение, особенности при различных заболеваниях

5. Расстройства восприятия: галлюцинации их классификация, объективные признаки наличия галлюцинаций. Диагностическое значение, особенности при различных заболеваниях.
6. Психосенсорные расстройства. Понятия дереализации и деперсонализации, явления *deja vu* и *jamais vu*. Диагностическое значение
7. Расстройства мышления. Диагностическое значение симптомов
8. Сравнительная клиническая характеристика бредовых, навязчивых и сверхценных идей. Сравнительная клиническая характеристика дисморфоманий и дисморфофобии.
9. Бредовые идеи. Определение, критерии и основные варианты бреда
10. Бредовые синдромы: паранойяльный, параноидный, парафренный. Клиническая характеристика бредовых синдромов
11. Синдром психических автоматизмов Кандинского-Клерамбо. Клиническая характеристика.
12. Навязчивые состояния: обсессивные, фобические, компульсивные расстройства. Заболевания, при которых встречаются навязчивые состояния.
13. Ипохондрический синдром. Дифференциальная диагностика с соматическими заболеваниями.
14. Расстройства внимания, клиническая характеристика, диагностическое значение
15. Расстройства памяти. Нарушение запоминания, сохранения и воспроизведения информации.
16. Парамнезии, классификация. Корсаковский синдром. Клиническая характеристика.
17. Умственная отсталость (легкая, умеренная, тяжелая, глубокая), диагностические критерии
18. Приобретенное слабоумие. Клиническая характеристика органической, эпилептической и шизофренической деменции.
19. Эмоциональные реакции. Физиологический и патологический аффект, сравнительная клиническая характеристика.
20. Расстройства эмоциональных состояний. Клиническая характеристика продуктивных и негативных симптомов, их диагностическое значение.
21. Депрессивный и маниакальный синдромы. Клиническая характеристика
22. Психоорганический синдром. Клиническая характеристика.

¹ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г

² Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА о специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2019-2020 учебный год, утвержден на заседании кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом психиатрии, психиатрии-наркологии ФУВ, протокол №9 от 17.05.2019 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

⁴ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

⁵ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023

23. Расстройства воли и влечений. Клиническая характеристика основных симптомов и синдромов.
24. Двигательные расстройства. Кататонический синдром, клинические варианты его проявления: ступор, возбуждение.
25. Синдромы выключения сознания (оглушение, сопор, кома). Клиническая характеристика.
26. Синдромы помрачения сознания: делирий, онейроид. Клиническая характеристика.
27. Синдромы помрачения сознания: аменция, сумеречное помрачение сознания. Клиническая характеристика.
28. Пароксизмальные явления: припадки (grand mal, petit mal). Отличие истерических пароксизмов от эпилептических.
29. Невротические и неврозоподобные синдромы, клиническая характеристика

Раздел «Частная психиатрия»

1. Принципы классификации психических расстройств в соответствии с международной классификацией болезней (МКБ X). Факторы риска возникновения психических заболеваний.
2. Дегенеративные заболевания мозга: психические нарушения при болезни Альцгеймера, болезни Пика. Клиническая характеристика, течение, прогноз
3. Психические нарушения при черепно-мозговых травмах. Классификация, клинические проявления в различные периоды болезненного процесса
4. Психические нарушения инфекционного генеза (сифилис, энцефалиты, СПИД). Клинические особенности.
5. Психические расстройства сосудистого генеза. Общая характеристика. Клиника
6. Психические нарушения при внутричерепных опухолях. Клиническое особенности.
7. Эпилепсия. Этиология, патогенез заболевания. Классификация. Клинические проявления пароксизмальных состояний. Изменение личности при эпилепсии.
8. Шизофрения. Определение. Классификация. Этиология и патогенез
9. Шизотипическое расстройство. Клиника. Особенности течения
10. Основные клинические формы шизофрении: параноидная, простая, кататоническая, гебефреническая. Клиника.
11. Шизоаффективные расстройства. Клиника. Общие черты и различия от биполярного аффективного расстройства
12. Биполярное аффективное расстройство. Клинические проявления. Варианты течения.

13. Понятие маскированной (соматизированной) депрессии. Клиническая характеристика, принципы дифференциальной диагностики с соматическими заболеваниями. Циклотимия
14. Реактивные психозы. Острые реакции: аффективно-шоковые и истерические реактивные психозы. Клинические проявления
15. Затяжные реактивные психозы: реактивная депрессия, реактивный паранойд. Клинические проявления
16. Неврозы. Клинические проявления. Критерии диагностики. Этиология, роль личности и среды в возникновении неврозов
17. Неврастения. Клинические проявления.
18. Обсессивно-фобический невроз. Клинические проявления.
19. Истерия. Клинические проявления.
20. Расстройства зрелой личности и поведения (психопатии). Определение. Систематика. Отличие от акцентуации характера.
21. Клинические проявления параноидного, шизоидного, сенситивного расстройств личности.
22. Клинические проявления эмоционально-лабильного, диссоциального, эпилептоидного расстройства личности
23. Клинические проявления истерического, циклотимического, неустойчивого, ананкастного расстройства личности.

Раздел «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением ПАВ»

1. Острая интоксикация алкоголем. Простое (типичное) и атипичное алкогольное опьянение. Диагностика степени алкогольного опьянения.
2. Патологическое алкогольное опьянение, диагностика.
3. Острая алкогольная интоксикация (алкогольное опьянение)
4. Зависимость от алкоголя
5. Классификация алкоголизма и основные клинические закономерности заболевания
6. Симптомы, синдромы и Психопатологические состояния при алкоголизме. Особенности их формирования
7. Пивной алкоголизм
8. Соматические последствия злоупотребления алкоголем
9. Поражения нервной системы при злоупотреблении алкоголем

¹ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г

² Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА о специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2019-2020 учебный год, утвержден на заседании кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом психиатрии, психиатрии-наркологии ФУВ, протокол №9 от 17.05.2019 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

⁴ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

⁵ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023

10. Коморбидность алкоголизма
11. Формулировка диагноза при злоупотреблении алкоголем
12. Алкоголизм у женщин
13. Алкоголизм у лиц пожилого возраста
14. Ремиссии и рецидивы при алкоголизме
15. Алкогольные психозы и другие психопатологические состояния при алкоголизме
16. Лечение алкоголизма
17. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления ПАВ (наркомания и токсикомания)
18. Клинические проявления и закономерности течения зависимости от наркотических средств и ПАВ
19. Клиника, принципы диагностики и лечения наркомании и токсикомании
20. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиатов, острая и хроническая интоксикация, передозировка, абстинентный синдром.
21. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиоидов, острая и хроническая интоксикация, передозировка, абстинентный синдром.
22. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением седативных и снотворных средств, острая и хроническая интоксикация, передозировка, абстинентный синдром.
23. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением кокаина, острая и хроническая интоксикация, передозировка, абстинентный синдром.
24. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психостимуляторов, острая и хроническая интоксикация, передозировка, абстинентный синдром
25. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением галлюциногенов, острая и хроническая интоксикация, передозировка, абстинентный синдром.
26. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением табака, острая и хроническая интоксикация, передозировка, абстинентный синдром.
27. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением летучих растворителей, острая и хроническая интоксикация, передозировка, абстинентный синдром.
28. Психические и поведенческие расстройства, вызванные сочетанным употреблением различных психоактивных веществ, острая и хроническая интоксикация, передозировка, абстинентный синдром
29. Профилактика заболеваний наркологического профиля

Раздел «Неотложные состояния в наркологии»

1. Организационные основы неотложной медицинской помощи больным наркологического профиля
2. Методы интенсивной терапии неотложных состояний в наркологии
3. Клиническая характеристика и лечение неотложных состояний в наркологии
4. Неотложные состояния в наркологии: алкогольный делирий, абстинентный синдром. Клинические проявления, методы купирования.
5. Неотложные состояния в наркологии: героиновый абстинентный синдром, передозировка опиатами. Клинические проявления, методы купирования.
6. Агрессивное и суицидальное поведение пациентов с зависимостью от ПАВ.

Типовые ситуационные задачи, выносимые на ВЫНОСИМЫЕ НА III этап итоговой (государственной итоговой) аттестации по специальности 31.08.21. Психиатрия-наркология

Типовые ситуационные задачи:

Ситуационная задача №1³

Мужчина. 42 года. Достоверных сведений о наследственности нет. Посещал ДДУ, в школу пошел в срок. Окончил 8 классов, ПТУ по специальности «электрогазосварщик». Служил в армии (морская пехота), демобилизован в срок. Работал кровельщиком. Около 20 лет нигде не работает, находился на иждивении родителей, после их смерти в течение 2 лет живет с сестрой. Из перенесенных заболеваний – простудные.

Психические расстройства отмечаются около 20 лет, когда впервые стал испытывать необычные ощущения в теле, стал считать, что «органы переместились, поменялись местами, мешают дышать», в связи с чем бросил работу, пытался обследоваться у врачей-интернистов, но патологии не выявлено, самостоятельно установил себе диагноз «остеопороз» и далее нигде не работал, вел замкнутый образ жизни, жил на иждивении у родителей.

В течение последнего полугодия обратил на себя внимание родственников тем, что разговаривал в пространство, сообщал о «жуке» в голове, который определяет, когда нужно есть и спать, когда вызывать скорую помощь. Сообщал о том, что внутренние органы у него разложились, что 2-хлетний сын племянницы «высасывает» его энергию, в связи с чем перестал общаться с родными.

¹ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г

² Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА о специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2019-2020 учебный год, утвержден на заседании кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом психиатрии, психиатрии-наркологии ФУВ, протокол №9 от 17.05.2019 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

⁴ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

⁵ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023

В ОТДЕЛЕНИИ: Вначале пытался полностью диссимулировать симптоматику, но затем сообщил, что слышит внутри головы шум стройки, работающего трактора, «непонятный голос, который дает советы, предсказывает будущее, комментирует – в скорой все время повторял, что меня будут целый день катать», сообщил, что ощущает неприятный запах от своего тела, что свидетельствует о том, что «все внутренние органы сгнили, после того, как перемешались...до сих пор за столько лет дыхание не восстановилась – это остеопороз». С окружающими не общается, абуличен, неряшлив, все свободное время проводит в постели, встает по необходимости, интересы витальные, во время визитов сестры формален, домашними делами не интересуется, стремится как можно быстрее закончить разговор.

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

¹ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2018-2019 учебный год, утвержден на заседании кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом психиатрии, психиатрии-наркологии ФУВ, протокол №9 от 15.05.2018 г.

Ситуационная задача №2³

Мужчина, 18 лет. Наследственность психопатологически не отягощена. Беременность матери протекала без патологии. В раннем развитии – без особенностей. Посещал ДОУ. В школу пошел с 7 лет. Закончил 11 классов, на протяжении 2-х лет обучался в ПУ, но обучения не продолжил в связи с началом психического заболевания. Ничем серьезным не болел, травмы, операции отрицает.

Состояние ухудшилось в течение полугода: после смерти тети, стал тревожным, беспокойным, боялся крестов, могил, упал на кладбище в день похорон, в дальнейшем отказывался выходить на улицу, зашторивал окна, заявлял о воздействии извне: «как будто внутри кто-то сидит...заставляет ругаться матом», «внутренний голос руководит». От обращения к психиатру категорически отказывался. В течение 3-х дней стал отказываться от приема пищи, перестал разговаривать с родными, своего поведения не объяснял. Матерью вызвана скорая помощь.

НА МОМЕНТ ОСМОТРА: Неряшлив. Зрительного контакта избегает. Подозрителен, напряжен. Отказывается беседовать в присутствии родителей. При подробном расспросе сообщил, что «слышит» в голове «голос» своего знакомого, который путем «телекинеза» способен управлять его действиями: «говорит моим ртом то, что думает сам». Причину отказа от еды объяснил тем, что «знакомый запрещает, говорит, что родители хотят от меня избавиться». Подробнее переживаний не раскрывает. Мышление паралогичное. Критики к своему состоянию нет.

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №3³

Мужчина, 30 лет. Наследственность психопатологически не отягощена. Образование средне специальное, работает слесарем. Из хронических заболеваний – язвенная болезнь желудка. По характеру спокойный, исполнительный. Был призван в армию весной 2010 г. Во время службы изменилось состояние: стал многоречивым, называл себя «генералом», говорил, что может командовать батареей, был двигательно беспокойным, плохо спал, вмешивался во все происходящее, был непродуктивно деятельным. С 20.05.2010 г по 03.07.2010 г. находился на лечении и обследовании в военном госпитале. Был комиссован

из армии. Состояние самопроизвольно купировалось в течение 3 месяцев, смог вернуться к работе, к психиатру не обращался. В настоящее время проживает с женой.

Настоящее ухудшение состояния в течение недели: стал чрезмерно активным, раздражительным, многоречивым, гневливым, конфликтовал с родными, не спал ночами, стал алкоголизироваться. В состоянии алкогольного опьянения избил жену. Женой вызвана спецкарьета.

НА МОМЕНТ СМОТРА: Благодушен, суетлив, поет песни, расточает комплименты, многоречив. Фон настроения повышен. Ориентирован правильно, в полном объеме. Охотно беседует, в нецензурной форме сообщает об избиении жены «она меня допекла...берегите мужчин». Внимание неустойчивое, перескакивает с одной темы разговора на другую. Обманов восприятия, бредовых идей не обнаруживает. Темп мышления ускорен. Память, интеллект – без грубых нарушений. Критически свое состояние не оценивает.

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №4³

Мужчина, 39 лет. Наследственность неотягощена. Имеет средне специальное образование. Служил в армии, в войсках МВД, демобилизован в срок. Работал электромонтажником, в настоящее время инвалид 2 группы по психическому заболеванию. Проживает с матерью. Разведен, детей нет.

По характеру всегда был мягкий, ранимый. Занимался спортом, вел здоровый образ жизни. Пять лет назад получил тяжелую ЧМТ (был избит), с диагнозом: «ЧМТ. Ушиб головного мозга тяжелой степени» находился на лечении в стационаре, был прооперирован по поводу удаления внутричерепных гематом. В течение полугода после выписки получал амбулаторное лечение у неврологов по месту жительства (по поводу сенсорной и моторной афазии, развернутых эпилептиформных приступов до 3-4 в месяц), в дальнейшем стал наблюдаться у психиатра. С этого времени изменился по характеру, стал несдержанным, придирчивым, грубым, эгоцентричным, на малейшие замечания дает бурные аффективные реакции, неоднократно избивал мать.

Настоящее ухудшение состояния в течение нескольких дней до госпитализации: не спал по ночам, алкоголизировался, в опьянении становился злобным, конфликтовал с родными, угрожал расправой. Матерью вызвана спецкарьета.

НА МОМЕНТ ОСМОТРА: Суетлив, раздражителен. Речь скандированная, смазанная, контакт малопродуктивный в связи с сенсомоторной афазией. Жестами показывает, что «выпил немного, а мать сразу вызвала скорую», неправильное поведение дома отрицает. Просьбы, инструкции не выполняет, противодействует осмотру, нецензурно бранится, легко аффектируется, грубит. Импульсивен, вскакивает с места, замахивается на санитаров кулаками, на замечания не реагирует. Активной психопродукции не обнаруживает.

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.

¹ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г

² Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА о специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2019-2020 учебный год, утвержден на заседании кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом психиатрии, психиатрии-наркологии ФУВ, протокол №9 от 17.05.2019 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

⁴ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

⁵ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023

3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №5³

Женщина, 65 лет. После смерти мужа, 2,5 года назад стала принимать феназепам в дозе 1 мг на ночь. Через 3 месяца поняла, что одной таблетки для сна недостаточно. Знакомые посоветовали добавить корвалол. В течение последующих месяцев принимала сперва по 30-40 капель корвалола и 1-2 таблетки феназепама на ночь, затем доза лекарств постепенно повышалась. При попытке уменьшить дозу возникала бессонница, добавляла корвалол, иногда принимала корвалол в течение дня вместе с таблеткой феназепама. На момент осмотра суточная доза феназепама составляет 6-7 мг, в день выпивает по 100-150 капель корвалола. При попытке отказаться от приема препаратов хотя бы в дневные часы становится раздражительной, тревожной, устраивает скандалы дочери. В тайне от нее стремится принять «свою дозу», чтобы успокоиться.

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №6³

Мужчина, 20 лет. Наследственность не отягощена. Родился от нормально протекавших беременности и родов. Раннее развитие без особенностей. В школу пошел в 6 лет, учился удовлетворительно. Рос общительным, любознательным, много читал. Закончил 9 классов, затем продолжил обучение в техникуме, но учебу бросил. В армии не служил в связи с дебютом психического заболевания. Из перенесенных заболеваний: простудные. ЧМТ, туберкулез, венерические заболевания - отрицает. Лекарственной непереносимости не отмечалось.

Психическое состояние изменилось после смерти отца 2 года назад: переживал его смерть, появилась раздражительность, стал общаться с асоциальной компанией, употреблять наркотики, периодически уходил из дома, не ночевал. Через год употребления ПАВ сообщил матери, что употребление наркотиков прекратил, «...так как прочитал, что это вредно для мозга», стал беспокоиться о своем здоровье, неоднократно обращался к врачам, «... хотел восстановить организм». С этого времени изменился по характеру: стал необщительным, увлекся религией, много читал религиозной литературы, спрашивал у родных: «Как надо жить?». Состояние усугубилось в течение последней недели: сообщал, что его зовут Персей, «... это значит – первый сейчас, ... я сын Зевса, ... я об этом забыл в детстве, а теперь вспомнил, ... мне 15 триллионов лет». Сообщал, что его отцом является Бог, «... других родителей у меня нет, поэтому ушел от людей, у которых жил», вел записи от имени Зевса. По настоянию матери обратился к психиатру.

НА МОМЕНТ ОСМОТРА: Загружен болезненными переживаниями, труднооткликаем. Временами к чему-то прислушивается, большинство вопросов игнорирует, спонтанно заявляет, что никого не убивал, что его родственники умрут, если он не будет верить Зевсу, что в его теле «10 лет будут жить Анатолий, Вера, Анна, Наташка, Валера и Максим», сообщил, что в силу божественного происхождения может повелевать силами природы. Мышление разорванное. Оценить когнитивные функции не представляется возможным. Критики к своему состоянию нет.

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №7³

Мужчина, 18 лет. Ранее не употреблял спиртные напитки. После однократного употребления алкоголя в объеме 100 мл водки, отмечалось помрачение сознания с полной дезориентировкой, двигательное возбуждение, немотивированная агрессия. По выходу из состояния отмечалась полная амнезия.

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №8³

Мужчина, 25 лет. Наследственность неотягощена. Во время беременности матери отмечался токсикоз первой половины беременности, угроза выкидыша в 7-8 недель, нефропатия 2 ст., патология плаценты. Родился в асфиксии. С детства отставал в психофизическом развитии, обучался во вспомогательной школе, где окончил 4 класса, трудовых навыков не приобрел. Проживает с матерью, родители в разводе, отец проживает отдельно. С детства под наблюдением психиатров (убегал из дома, бродяжничал, совершал поджоги). Настоящее ухудшение состояния в течение 2 недель до госпитализации: убежал из дома, затем спонтанно уехал из областного центра в область, был задержан сотрудниками РОВД, была вызвана мать. В связи с данным состоянием в сопровождении матери обратился к психиатру.

НА МОМЕНТ ОСМОТРА: Во времени ориентирован приблизительно, в месте и собственной личности ориентировка сохранена. Выражение лица оглушенное, речь косноязычная, изъясняется простыми фразами. Эмоционально лабилен, раздражителен. Не отрицает, что убежал из дома: «погулять хотел». Примитивен, суждения незрелые. Запас общеобразовательных знаний мал. Умеет писать печатными буквами свои ФИО, чтению не обучен. Мышление конкретное. Коэффициент умственного развития – 48 баллов. Активной психопродукции не обнаруживает.

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №9³

Мужчина, 74 года. Наследственность неотягощена. Достоверных сведений о раннем развитии нет. Образование 7 классов. Служил в СА связистом, демобилизован в срок. Пенсионер по возрасту. Проживает один, сын умер несколько лет назад, жена – 8 месяцев назад.

В анамнезе острый инфаркт миокарда около 4 лет назад, страдает гипертонической болезнью, систематического лечения не получает. Злоупотребление алкоголем и другими ПАВ категорически отрицает.

Со слов соседа, утром накануне госпитализации встретил пациента на улице растерянного, отвел его домой. Вечером вновь встретил его в подъезде в нижнем белье, пациент стал жаловаться а то, что видит различные «картинки», слышит в голове других людей. Сосед вызвал скорую помощь. Для исключения острой соматической патологии проконсультирован терапевтом «острой патологии нет», неврологом: «галлюцинаторное расстройство», выполнена КТ, заключение нейрохирурга: «менингиома параселлярной области», рекомендовано проведение МРТ в плановом порядке. При транспортировке

¹ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г

² Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА о специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2019-2020 учебный год, утвержден на заседании кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом психиатрии, психиатрии-наркологии ФУВ, протокол №9 от 17.05.2019 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

⁴ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

⁵ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023

разговаривал вслух, сообщал, что соседи разговаривают с ним и «посылают» ему картинки. Доставлен в стационар.

НА МОМЕНТ ОСМОТРА: Сознание не помрачено. В месте и собственной личности ориентирован, правильно называет свой возраст, но текущую дату не знает. Считает, что жена умерла около месяца назад. Растерян, тревожен, недоуменно спрашивает: «Зачем они мне эти картинки без моего разрешения показывают? Периодически застывает. Понимает необычность своего состояния. Бредовой интерпретации не обнаруживает. Мышление обстоятельное, тугоподвижное.

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №10³

Мужчина, 27 лет. Употребляет героин на протяжении 5 лет в возрастающих дозах. В последнее время регулярно принимал по 1,5 грамма наркотика в сутки, но из-за сложившихся обстоятельств (отсутствие денег) прекратил прием наркотика. При поступлении в наркологический стационар предъявляет жалобы на резкие боли во всем теле, неприятные ощущения в сердце и желудке, тошноту и диарею. Находится в состоянии двигательного беспокойства, раздражен, постоянно просит дать ему какое-нибудь лекарство.

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №11⁴

Женщина, 30 лет. По характеру эгоцентричная, капризная, мнительная. Отец страдал туберкулезом легких, постоянно подозревая его у себя, многократно обследовалась, но патологии со стороны органов дыхания не обнаруживалось. 5 лет назад после конфликта с мужем, чтобы "успокоиться" хотела выпить таблетку фенибута, но поперхнулась, была рвота, возникло чувство удушья, страх смерти. Подобные состояния повторялись еще несколько раз при конфликтах с мужем и на работе. После очередного приступа в прошлом месяце появилось чувство сухости во рту, стала постоянно носить бутылочку с водой и несколько раз за день полоскать горло. На приеме после каждой 2-3 фразы полощет горло.

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №12⁴

Мужчина, 52 года. Злоупотребляет алкоголем около 30 лет. Последние 14 лет пьет запоями по 5-7 дней. К настоящему времени перешел на крепленые вина, эпизодически-суррогаты. В течение 2 последних лет стал обращать внимание на то, что жена им не интересуется, поздно возвращается домой. Настойчиво стал выяснять «где она пропадает» в течение дня. Ответы жены не удовлетворяли его, перестал ей верить. Стал подозревать, что она ему изменяет, стал за ней следить. Во время ссор стал применять физическое насилие, угрожает расправой. Требуется «сознаться во всем и не доводить его до греха», находит «доказательства» неверности (незнакомый запах парфюма, слишком яркий макияж). Пришел к выводу, что жена изменяет ему с начальником.

ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС: Ориентирован, подробно рассказывает о поведении жены, непоколебимо убежден, что жена ему изменяет. Чтобы не убить ее и не отвечать на это, считает необходимым развестись. Считает себя здоровым, а в больницу его поместили «жена и любовник, чтобы развратничать». В отделении спокоен, однако на свиданиях с женой требует от нее признаний, гневлив, угрожает расправой.

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №13⁴

Женщина, 49 лет обратилась к психиатру после смерти мужа. Тяжело переживала утрату, много плакала, постоянно думала о муже. При засыпании часто видела мужа, который звал ее к себе. Настроение резко снижено. Выражение лица печальное, на глазах слезы. Рассказывая о своей жизни, о муже, плачет, говорит, что без него жизнь для нее закончилась.

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №14⁴

Мужчина, 39 лет, доставлен в стационар женой, в связи с неправильным поведением дома. Жалоб не предъявляет, больным себя не считает. Поступает в стационар третий раз, после каждой госпитализации чувствует себя здоровым, возвращается на работу. Состояние изменилось 2 недели назад, когда пациент стал чрезмерно общительным, легко заводит новые знакомства, даже на улице, приглашает случайных людей к себе домой, доверяет им ключи от квартиры, от машины, раздает деньги. Спит не более 3-4 часов в сутки. Весел, в беседе не может сдержать смех. Мимика живая. На месте не удерживается, быстро ходит по комнате, жестикулирует. Многословен, склонен к рифмованию, декламирует стихи, рассказывает анекдоты. Часто не заканчивает фразы, переходит к новой мысли.

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №15⁴

Мужчина, 48 лет. Жалобы на «душераздирающую тоску», тревогу. Поступает в стационар в четвертый раз, приступы по типу «клише». После каждой госпитализации чувствует себя здоровым, возвращается на работу. Настоящая госпитализация связана с тем, что был намерен «убить себя и жену, чтобы избавиться от мучений и ее, и себя». При поступлении выражение лица печальное, настроение резко снижено. Не сидит на месте, вскакивает, говорит, что так ему легче. Во время разговора тербит одежду, заламывает руки, внезапно хватается за голову: «Что же будет?!». Винит себя в том, что «запустил болезнь, не пришел к врачу вовремя». Пессимистичен, не видит выхода из своей «ситуации». Высказывает суицидальные намерения.

Назовите симптомы, синдром, предварительный диагноз.

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №16⁴

¹ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г

² Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА о специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2019-2020 учебный год, утвержден на заседании кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом психиатрии, психиатрии-наркологии ФУВ, протокол №9 от 17.05.2019 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

⁴ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

⁵ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023

Мужчина, 33 года. Наследственность не отягощена. Раннее развитие – без особенностей. Образование средне специальное, работает мастером на заводе. Служил в армии в строительных войсках, демобилизован в срок. Алкоголем и другими ПАВ не злоупотребляет. Травмы, операции, нейроинфекции отрицает.

Заболевание началось в связи с конфликтами на работе. Стал писать в различные инстанции жалобы на своих сотрудников, обвиняя их в «антигосударственной политике», аморальном поведении и т. п. Возникла мысль, что его жена до брака была в связи с директором предприятия. Ее влияние на директора таково, что она может решать все вопросы, вплоть до направления сотрудников в заграничные командировки. Вспоминает, как по его просьбе директор вернул в цех нескольких работников, временно переведенных на другую работу. Во время обхода цеха директор подошел к нему и пожал руку. Все это, по убеждению больного, свидетельствует о связи директора с его женой. Боясь разоблачения, директор хочет убрать пациента с завода. По его приказу сотрудники «намекают» пациенту на увольнение, соседи записывают все его разговоры с женой и доносят о них директору, лечащего врача специально неправильно информировали и т. д. Пациент весь полон мыслями о «преследовании». Любой разговор сводит на тему о том, какие меры он принял в свою защиту, куда написал. Намекает на «влиятельных друзей», без которых он «давно бы был на Колыме». Намерен продолжать борьбу, «разоблачить кого следует».

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №17⁴

Женщина, 60 лет, пенсионерка. Около 5 лет тому назад однажды поссорилась с соседкой, расстроилась, плакала, ночью плохо спала. Наутро услышала за стеной голоса соседки и ее родственников, которые угрожали убить ее и детей. Появился страх, не могла оставаться дома одна, боялась выходить в общую кухню. С тех пор, в течение 5 лет, почти постоянно слышит те же голоса, которые угрожают ей, приказывают выброситься из окна, называют ее оскорбительными именами. Иногда слышит голос своего сына, который успокаивает больную, советует ей лечиться. «Голоса» идут из-за стены, из-за окна, и воспринимаются пациенткой, как реальная, обычная человеческая речь. В этой речи часто повторяются одни и те же фразы, звучащие в одинаковом тембре, с одними и теми же модуляциями голоса. Иногда слова произносятся ритмично, подобно тиканью часов, в такт с ощущаемой пациенткой пульсацией сосудов. При усилении «голосов» в тишине, особенно ночью, пациентка становится тревожной, подбегает к окнам, утверждает, что сейчас убивают ее детей, а она ничем не может им помочь. В шумной комнате и во время беседы с пациенткой «голоса» полностью исчезают. Охотно соглашается, что «голоса» эти имеют болезненное происхождение, но тут же спрашивает, за что соседка хочет ее убить.

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №18⁴

Мужчина., 39 лет, слесарь. С 20-летнего возраста злоупотребляет алкоголь, в настоящее время пьет практически ежедневно, разовая толерантность 500 мл водки. 5 дней назад госпитализирован в хирургическое отделение в связи с острым панкреатитом. Накануне вечером появилась непонятная тревога, беспокойство. Считал, что его палата наполнена народом, какие-то люди машут ему, зовут «пойти выпить». Ночью не спал, видел, как из-под кровати ползет чудовище с рогами и сверкающими глазами, по комнате бегают серые мыши, полусобаки-полукошки. В страхе выбежал из палаты и бросился к выходу, спасаясь от «преследования». Была вызвана психиатрическая бригада скорой помощи.

НА МОМЕНТ ОСМОТРА: Возбужден, не удерживается на месте, рвется к дверям, к окнам. Считает, что находится у себя дома. Себя называет правильно. При беседе

внимание на теме разговора сосредоточивает с трудом, дрожит, с тревогой осматривается по сторонам. Внезапно начинает стряхивать с себя что-то, говорит, что стряхивает ползающих по нему насекомых, видит перед собой «кривляющиеся рожи», показывает на них пальцем, громко смеется. Критики нет.

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №19⁴

Женщина, 45 лет. По характеру капризная, своенравная. В трудных жизненных обстоятельствах проявляет робость, нерешительность, непрактичность. После ухода единственного сына в армию дома осталась одна. С этого времени непрерывно лечится у разных врачей. Помещенная в психиатрический стационар, большую часть времени лежит в постели. Выражение лица страдальческое, руки бессильно разбросаны. При виде врача начинает охать, стонать, держится руками за голову, плачет. Жалуется на тяжелое общее состояние: «Все тело болит... Голова разламывается... Не сплю ни минуты» и т. п. При волнении появляются размашистые движения рук. При ходьбе пошатывается, широко расставляет ноги, держится руками за окружающие предметы. Дважды за время пребывания больной в стационаре у нее наблюдались однотипные припадки. Лежа в постели, она внезапно начинала глухо стонать, метаться, сжимала себе руками горло. На вопросы не отвечала, не реагировала на легкий укол. При попытке посмотреть реакцию зрачков на свет «закатывала» глаза. Сухожильные рефлексы оставались сохранными и даже повышались. После окончания припадка, длившегося 10-15 минут, больная сохраняла о нем смутные воспоминания. Ко всем лечебным мероприятиям больная относится отрицательно, уверяет, что ей ничто не поможет. Себя считает совершенно нетрудоспособной. Просит врача добиться через военкомат возвращения ее сына из армии. Суждения больной примитивны, нелогичны. Круг интересов ограничен болезнью и бытовыми вопросами.

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №20⁴

Задача 20. Мужчина, 42 года, инженер. Однажды в связи с неприятностями на работе почувствовал себя плохо, появились одышка, боли в области сердца. Диагноз, поставленный врачом скорой помощи: инфаркт миокарда - в дальнейшем был отвергнут. Однако с этого времени пациента стала преследовать мысль о том, что он может в любой момент упасть и умереть. Эти тревожные мысли усиливались, когда пациент находился в душном помещении, в большой толпе. Он перестал ездить в автобусе, в трамвае - как только закрывались двери вагона, его охватывал непреодолимый страх смерти. Долгое время он старался скрыть от всех эти тяжелые переживания, под разными предлогами уклонялся от присутствия на заседаниях, не ходил в кино. Объяснял это тем, что опасался насмешек: ведь необоснованность его опасений была для самого больного совершенно очевидна. В дальнейшем появились новые страхи и тревожные мысли. Выходя утром из

¹ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г

² Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА о специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2019-2020 учебный год, утвержден на заседании кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом психиатрии, психиатрии-наркологии ФУВ, протокол №9 от 17.05.2019 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

⁴ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

⁵ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023

дома, со страхом думал, что на работе в этот момент по его вине произошла крупная авария. Попытки отогнать эту мысль были безуспешны. С бьющимся сердцем он прибегал на предприятие и убеждался, что там все благополучно. Десятки раз проверял исправность механизмов, выполнение правил техники безопасности, из-за чего запустил основную работу. В один из таких дней, когда по дороге на работу, пациент переходил железнодорожные пути, ему пришла в голову мысль: если ему удастся пройти под медленно движущимся вагоном маневрирующего поезда, то на работе все будет в порядке. В последующем несколько раз, с большим риском для жизни, проделывал это, хотя и отдавал себе отчет, что между подобным рискованным поступком и опасностью аварии на заводе нет никакой связи. Все это в конечном итоге заставило пациента обратиться к врачу.

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №21⁵

Женщина, 25 лет, бухгалтер. В течение трех недель пребывания в психиатрической больнице состояние было следующим. Ни с кем не общается. Целыми днями сидит в углу палаты, ни к чему не проявляет интереса, выражение лица отсутствующее, взгляд устремлен в одну точку, временами застывает в нелепых позах. Периодически без видимого повода начинает громко смеяться. Привлечь внимание удается с большим трудом. На короткое время пробуждается как ото сна, дает несколько односложных ответов на вопросы, а затем вновь погружается в прежнее состояние. Удастся выяснить, что пациентка находится одновременно и в больнице, и в сказочном мире, потеряла счет времени. К концу третьей недели состояние значительно улучшилось. Она рассказала, что все это время жила в мире сказочных грез. Казалось, что она находится на берегу моря, волны с ревом набегают на берег. Она лезет на высокую гору, по ущелью двигаются автомобили с зажженными фарами. Вокруг - домики, похожие на китайские фанзы, люди, говорящие на китайском языке. Вот она идет по лесу, перед ней большая труба из человеческих голов. Труба превращается в змею, у нее загораются два ярких глаза. Страха при этом не испытала, было очень интересно. Пациентка помнит обо всем пережитом, но все вспоминается как сон - виденного так много, что «всего не перескажешь».

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №22⁵

Мужчина, 18 лет, учащийся колледжа. С 10-летнего возраста страдает эпилептическими припадками. Однажды утром отправился на прием к врачу в психоневрологический диспансер и исчез. Несмотря на организованные поиски, обнаружить пациента нигде не удалось. Спустя сутки вернулся домой. Он был оборванным, замерзшим, без пальто. Вел себя странно: не говорил ни слова, не отвечал на вопросы, все время смотрел в потолок. Ночью совсем не спал. На следующий день стал разговаривать, узнавал своих родственников. Постепенно состояние улучшилось, и пациент рассказал следующее: «Помню, как пошел в диспансер за лекарствами. Потом не помню ничего до тех пор, пока не почувствовал под ногами железнодорожные рельсы. Помню, что проходил мимо какой-то будки, все время повторял про себя: до Челябинска 10 километров, 10 километров. После этого опять ничего не помню. Пришел в себя где-то около Челябинска. Я сидел у реки под мостом и мыл ноги, которые почему-то были красными и горели. Я чего-то сильно боялся. Думал: скоро приду домой и расскажу все родителям. Потом опять ничего не помню». Знакомые рассказали родителям, что видели их сына после его исчезновения

из дома на берегу озера километров за 10 от города. Он показался им несколько странным, задумчивым, в ответ на приветствие знакомых рассеянно кивнул им и пошел дальше.

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №23⁵.

Пациент С., 37 лет. Наследственность манифестными психозами не отягощена. С детства был общительным и легко заводил друзей, нравилось быть в центре внимания. Окончил школу, затем медицинское училище, работал фельдшером. Первый брак – в 19 лет. В возрасте 26 лет на фоне расторжения первого брака по инициативе супруги беспокоила длительная (около полугода) стойкая подавленность, сниженное настроение. Жалел себя, не понимал, как жена могла «совершить подобное предательство». Испытывал чувство тоски в загрудинной области, «будто на душе лежал камень». Был плаксив. Появилась несвойственная ранее неуверенность в себе, не испытывал желания общаться с друзьями, проводил время в одиночестве. Жаловался родным, что «не чувствует прежнего удовольствия от жизни». С трудом засыпал, просыпаясь чувствовал себя усталым. Потерял 2-3 кг за 6 месяцев. Вместе с тем продолжал работать. К врачам не обращался. Состояние постепенно обошлось спустя 6 месяцев. Вернулся к привычному настроению, вскоре повторно женился. Чувствовал себя удовлетворительно. Настоящее ухудшение в течение 2 недель. Со слов жены, стал более возбужденным, не сидел на месте. Пребывал в приподнятом настроении, был более энергичным: неожиданно затеял ремонт в квартире, заявил, что справится с ним самостоятельно без привлечения строителей, одновременно решил приобрести дом за городом. Вместе с тем был рассеянным, постоянно переключался с одной идеи на другую, бросал начатое. Стал многоречив, заводил беседу с незнакомцами в магазине, транспорте, предлагал свою помощь. Узнав о финансовых трудностях у случайной знакомой, подарил той семейные драгоценности. Говорил, что нашел свое призвание – «помогать людям». Резко нарушился сон, спал не более 3-4 часов в сутки. Похудел на 4 кг за 2 недели. После уговоров родных амбулаторно обратился за психиатрической помощью.

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №24⁵.

Женщина, 35 лет. Мать властная, энергичная, настойчивая, вспыльчивая, неуравновешенная, в 62 года находилась на лечении в психиатрической больнице по поводу депрессивного расстройства. Больная развивалась нормально, была веселой, подвижной, энергичной. Работала продавцом-консультантом в магазине одежды, легко находила подход к покупателям. Замужем с 21 года. Имела 4 беременности (3 искусственных аборта и 1 роды в 24 года). После родов перенесла эпизод депрессии.

¹ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г

² Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА о специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2019-2020 учебный год, утвержден на заседании кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом психиатрии, психиатрии-наркологии ФУВ, протокол №9 от 17.05.2019 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

⁴ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

⁵ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023

Отмечалось снижение настроения, подавленность. Жаловалась на постоянное чувство усталости, слабости, разбитости. Беспокоила апатия, нежелание что-либо делать. Заботы о ребенке и домашнем хозяйстве перепоручила матери. По многу часов лежала в постели без сна, много плакала. Винаила себя в том, что не испытывает чувств к ребенку. Нарушался сон, с трудом засыпала. За время депрессии (6 месяцев) похудела на 8 кг. Суицидальных намерений не строила. К врачам не обращалась. Состояние постепенно обошлось самостоятельно спустя 8 месяцев.

Настоящее ухудшение в течение двух недель. Стала испытывать трудности на работе, делала ошибки, была задумчивой, рассеянной, тревожной. Наросла подавленность, тоскливость. Резко нарушился ночной сон по типу трудностей засыпания. Снижился аппетит, потеряла более 5 кг за две недели. Стала высказывать родным идеи о том, что является преступницей, так как совершала в прошлом аборт. Просила прощения у мужа и матери, плакала. Пассивно согласилась на госпитализацию. Во время осмотра психиатра плачет, просит о помощи. Выражение лица тоскливое. Мимика обеднена. Двигательно заторможена. Мышление крайне замедлено, говорит тихим тоном, ответы дает после длительной паузы, односложные. Сообщает, что слышит детский плач за стеной; считает, что из-за нее убивают детей. Высказывает идеи самообвинения, самоуничтожения. Считает себя плохой матерью, лентяйкой, всю жизнь плохо работавшей. Настроение снижено на протяжении всего дня, без суточных колебаний. Сообщает, что задумывается о самоубийстве, чтобы «облегчить жизнь близким».

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №25⁵

Мужчина, 63 года. Мать пациента страдала деменцией. С 57 лет пациент периодами становился рассеянным, забывал текущие дела, особенно при стрессовых ситуациях. С 58 лет появились кратковременные эпизоды дезориентации в малознакомых местах. Пациент понимал, что у него возникли проблемы с психикой, легко расстраивался, часто посещали тревожные мысли, что он может потерять работу. Путался в датах, мог в выходные собраться пойти на работу. Перестал справляться с прежним объемом работы, пытался все записывать, но часто путался в своих же записях. В 62 года уволился с работы, но периодически забывал, что он не работает, рано вставал, собирался на работу. Появились проблемы с ориентировкой даже в хорошо знакомой местности. Однажды в гостях, обвинил жену в измене, указывая на ее брата, был раздражен, не узнал его, кричал на жену. Собственного сына, который приехал их навестить, начал выгонять из дома, называл «любовником» жены, обвинял ее в неверности. По настоянию жены обратился к психиатру.

НА МОМЕНТ ОСМОТРА: Сознание ясное. Активно жалоб не высказывает, считает, что у него все в порядке. При наводящих вопросах соглашается, что есть проблемы с памятью, из-за них трудно было работать. Речь в умеренном темпе, забывает названия некоторых предметов, но может описать их предназначение. Не помнит текущее число, день недели. Понимает, что находится на приеме у врача. Память на события недавнего и отдаленного времени существенно нарушена: не в состоянии вспомнить событий, происходивших накануне, несколько дней, месяцев и лет тому назад. Путается в хронологии и датах эмоционально значимых событий. При обследовании выявляются выраженные затруднения запоминания серии простых слов. После интерференции не вспоминает ни одного из этих слов. Отмечается приблизительное понимание речи, сложные грамматические конструкции не осмысливает. В письменной речи отмечается логоклоническое заикание, пропуски букв. Выявляются расстройства пространственного гнозиса. Нарушено узнавание времени по реальным и «слепыми» часам. В тесте рисования часов путается при постановке стрелок. Узнавание изображений предметов

нарушено частично, в сенсibilизированных пробах – значительные ошибки. Допускает грубые ошибки в пробах на счет.

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №26⁵

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

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №27⁵

Мужчина, 27 лет. Первый приступ паники возник на фоне похмелья. Ощутил сердцебиение и остановку сердца, страх, одышку. Вызвал «скорую помощь», врач определил некоторое повышение АД, был сделан папаверин и дибазол. С., испугавшись, совершенно бросил пить и курить, однако второй приступ произошел через месяц в совершенно спокойной обстановке, дома, во время просмотра телепередач. Понял, что с ним случилось нечто серьезное; приступ прошел через 5 минут, но повторился на следующий день и длился уже более часа. С. покинул свой дом и поселился у товарища, чтобы в случае чего «было кому вызвать «скорую помощь». До этого на работе приступы паники не отмечались, но через два месяца это произошло. На фоне отсутствия напряжения, когда он, стоя у стола, просматривал бумаги, его настиг приступ паники, тревога сопровождалась резким головокружением, он вынужден был, «чтобы не упасть», схватиться за угол стола. Понял, что сейчас умрет. Была вызвана «скорая помощь», и стационарирован в неврологическое отделение. В период стационарного обследования паника не наблюдалась ни разу, но после выписки в тот же день она возобновилась.

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №28⁵

¹ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г

² Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА о специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2019-2020 учебный год, утвержден на заседании кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом психиатрии, психиатрии-наркологии ФУВ, протокол №9 от 17.05.2019 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

⁴ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

⁵ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023

Мужчина, 32 года. С детства отличается замкнутым характером. Друзей никогда не было. В школе успехи неровные, имел отличные успехи по физике и математике и удовлетворительные по литературе, не мог выучить ни одного стихотворения, поскольку не понимал их смысл. Был источником всеобщих насмешек, так как ходил в одном пальто много лет и давно из него вырос. Отказывался от совместных праздников, на которых ему было скучно. Воспитывался требовательной, гиперпротективной матерью, для которой был единственной отрадой. После окончания педагогического университета стал работать учителем физики. Женился в возрасте 30 лет, однако считал, что половая жизнь необходима только для рождения детей. Намерен «завести» ребенка лет через 10. Дома поселился в отдельной комнате, которую завалил сломанной радио- и электронной аппаратурой. По уверениям жены, не способен забить гвоздь. На работе характеризуется как блеклый, но надежный работник. В период болезни жены и ее пребывания в больнице даже не посещал ее, так как считал, что ничем ей помочь не может. Требования жены к проведению ремонта привели его в уныние и стали мешать его работе, поскольку никак не мог собраться. В результате конфликта ушел к матери, которая предоставила ему полную свободу действий. Однако, поскольку она жила далеко от работы, вынужден был оставить работу, так как постоянно опаздывал. Мышление витиеватое, аутистическое. Имеет свои представления обо всем, совершенно не интересуется социальной действительностью, за которой следит только по курсу доллара.

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №29⁵

Мужчина, 34 года, техник-строитель. Среди родственников психически больных нет. По характеру в раннем детстве был добрым, заботливым примерным мальчиком, старался всем угодить. В школе был прилежным, дисциплинированным, аккуратным, особенно в одежде. Старался угодить учителям, которые его любили. На работе пунктуален, все выполнял четко, по плану. С возрастом характер Г. стал раздражительным, вспыльчивым, напряженным, грубым. Аффектировался, бывал склонен к агрессии. Говорил, что «если ненавижу, то мстить буду до конца». Очень любил девушку, из-за ревности пытался задушить ее. Обычно после аффективных вспышек настроение улучшалось, становился услужлив, слащав.

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №30⁵

Мужчина, 38 лет, инженер-строитель. На работе получил тяжелую травму головы. Доставлен на фельдшерский пункт, где сделана перевязка, предложено направление на госпитализацию, от которой больной отказался. Вернулся на рабочее место, но из-за сильной головной боли и головокружения работать не смог, был приведен домой. Головная боль не проходила, вечером отмечалась рвота. Находился неделю на больничном листе, но постельный режим не соблюдал. Обнаружилось резкое расстройство памяти, в связи с чем больной госпитализирован.

НА МОМЕНТ ОСМОТРА: Растерян. Дезориентирован во времени и окружающей обстановке. Текущий год называет 1955, 1971, 1915; при поправке повторяет за врачом и

тут же забывает. В качестве адреса места жительства называет старый адрес родителей, амнезировал, что у него есть жена и ребенок. Не помнит обстоятельство поступления в стационар. Не может запомнить имя и отчество врача. Не находит свою палату, койку. Произвольно называет блюда, из которых состоят завтрак, обед. Память нарушена на ближайшие события, отдаленные анамнестические сведения сообщает подробно. Сообщает, что в настоящее время проходит службу в армии, соседи по палате – его сослуживцы и у них «привал». Мышление замедленное, конкретизированное, ригидное.

1. Назовите симптомы.
2. Укажите синдром.
3. Предварительный диагноз.

¹ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г

² Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА о специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2019-2020 учебный год, утвержден на заседании кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом психиатрии, психиатрии-наркологии ФУВ, протокол №9 от 17.05.2019 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

⁴ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

⁵ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.21 Психиатрия-наркология 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023