

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России
Должность: ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России
Дата подписания: 05.09.2023 16:55:59
Уникальный программный код:
123d1d365abac3d0cd5b93c39c0f12a00bb07446

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

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

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

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**

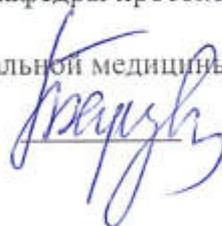
Волгоград, 2023

Разработчики программы:

	<i>Ф.И.О.</i>	<i>Должность</i>	<i>Ученая степень/ звание</i>	<i>Кафедра (полное название)</i>
1.	Барулин Александр Евгеньевич	Заведующий кафедрой, профессор	д.м.н., профессор	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 31.08.20. Психиатрия 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 31.08.20. Психиатрия

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

005. Для мышления больных шизофренией характерно⁴

¹Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

²Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г.

⁴Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023 г.

- 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 разворачивание 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

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-син-

¹Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

²Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г.

⁴Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023 г.

дрома 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 диапазона 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 (малопрогрессирующей) шизофрении затяжной паранойяльный этап параноидной шизофрении характеризуется⁴

- а) быстрым приобретением бредовыми идеями персекуторного 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 - вербальный псевдогаллюциноз - галлюцинаторная парафрения

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

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

д) неврозоподобные расстройства - психопатоподобные расстройства - вербальный псевдогаллюциноз

027. При галлюцинаторном варианте параноидной шизофрении наблюдается синдром 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" воспоминаний

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

¹Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

²Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г.

⁴Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023 г.

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 содержания 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 расстройства
- г) значительная глубина аффективных расстройств (психотические депрессии, 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

- 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 расстройств, 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 пограничным состояниям
- в) явлениями реактивной лабильности
- г) **всем перечисленным**

д) ничем из перечисленного

038. Психопатические расстройства латентного периода вялотекущей шизофрении 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 перечисленным, 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 следующие 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 прогрессивности заключаются во всем перечисленном, кроме⁴

а) расширения круга обсессивных расстройств

б) утраты навязчивостями прежней аффективной окраски

в) утраты компонента борьбы (преодоления навязчивостей)

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

¹Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

²Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г.

⁴Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023 г.

- 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 деперсонализации характеризуется⁴

- а) явлениями "дефективной" деперсонализации
- б) явлениями "анестетической" и невротической деперсонализации
- в) психопатоподобными изменениями типа "моральной ипохондрии" (по Фальере)
- 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 расстройствами и психопатоподобными чертами истерического круга

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

050. В периоде стабилизации процесса при ипохондрическом варианте вялотекущей 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, навязчивого самоанализа**

051. Для преморбидных особенностей личности больных с 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

¹Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

²Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г.

⁴Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023 г.

- 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 активного 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
- г) малая актуальность и абсурдность фабулы бредовых идей
- д) **верно а) и в)**

062. По мере течения паранойяльной шизофрении происходит все перечисленное, 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
 - 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**

¹Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

²Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г.

⁴Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023 г.

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

072. Различают следующие варианты приступов рекуррентной шизофрении⁴

- а) онейроидно-кататонические
- б) кататано-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) атипичия маниакальных состояний (дурашливая мания, мания с гневливостью, мания с бредом)
- в) лабильность клинической картины, легкость возникновения двоянных 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
- г) онейроидно-кататонический фебрильный - онейроидно-кататонический - депрессивно-параноидный
- д) **верно в) и г)**

¹Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

²Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г.

⁴Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023 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 шизофрении от непрерывнотекущей злокачественной шизофрении⁴
- а) **более раннее начало с наличием дизонтогенеза задержанного типа в доманифестном периоде**
 - б) более позднее начало
 - в) наличие кататонических расстройств
 - г) наличие симплекс-синдрома
087. Гипоманиакальные состояния инициальной стадии злокачественной приступообразно-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-прогредиент-

тной 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)**

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

¹Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

²Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г.

⁴Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023 г.

095. Для периода выхода из острого параноидального 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 приступообразно-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) развертыванием 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)

100. Возможны следующие варианты течения параноидного варианта приступообразно-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. Общими для всех синдромов помрачения сознания являются²

А). - нарушение отражения реального мира

Б). - дезориентировка в месте и времени

- В). - императивные псевдогаллюцинации
- Г). - чувство сделанности

102. Мусситирующий делирий проявляется всем, кроме²

- А). - резкое двигательное возбуждение с агрессией**
- Б). - хаотическое беспорядочное возбуждение обычно в пределах постели
- В). - невнятное бессвязное бормотание
- Г). - возможность развития карфологии («обирания»)

103. Оглушение может проявляться²

- А). - затруднением речевого контакта**
- Б). - дезориентировкой в месте и времени**
- В). - выраженными галлюцинаторными и бредовыми переживаниями
- Г). - повышенным эмоциональным фоном

104. Сумеречное помрачение сознания характеризуют²

- А). - полная амнезия болезненного состояния**
- Б). - внезапное начало**
- В). - постепенное начало в течение суток
- Г). - частичная амнезия переживаний

105. Укажите какой этиологический фактор играют ведущую роль в возникновении делириозных состояний? ²

- А). - токсический фактор**
- Б). - сосудистый фактор**
- В). - психогенный фактор
- Г). - генетические фактор

106. При каком синдроме характерно преобладание зрительных устрашающих галлюцинаций? ²

- А). - делириозный синдром**
- Б). - синдром Кандинского-Клерамбо
- В). - онейроидный синдром
- Г). - аментивный синдром

107. К какой психопатологической группе расстройств относится онейроидный синдром? ²

- А). - помрачение сознания**
- Б). - выключение сознания
- В). - патологии мышления
- Г). - патологии влечений

108. Какие симптомы из нижеперечисленных характерны для аменции? ²

- А). - аутопсихическая дезориентировка**
- Б). - бессвязное, инкогерентное мышление**
- В). - систематизированный бред преследования
- Г). - парамнезии

109. Для какого из перечисленных психопатологических синдромов наиболее свойственна истощаемость внимания? ²

- А). - астенического**
- Б). - маниакального

¹Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

²Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г

⁴Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023 г.

- В). - параноидного
- Г). - кататонического

110. Оглушение может развиваться в следствие: ²

- А). - интоксикаций**
- Б). - инфекций**
- В). - шизофрении
- Г). - инволюционного психоза

111. Для делирия характерны: ²

- А). - парейдолии**
- Б). - зрительные галлюцинации**
- В). - двигательное возбуждение**
- Г). - психические автоматизмы

112. Для мусситирующего делирия характерно: ²

- А). - возбуждение в пределах постели**
- Б). - бессвязное бормотания**
- В). - симптом карфологии («обирания»)**
- Г). - сенестопатии

113. Какие из симптомов можно отнести к группе негативных расстройств, встречающихся при шизофрении? ²

- А). - эмоциональное уплощение**
- Б). - гипобулия**
- В). - бред воздействия
- Г). - бред отношения

114. Какие из нижеперечисленных симптомов можно отнести к группе позитивных расстройств, встречающихся при шизофрении? ²

- А). - псевдогаллюцинации**
- Б). - бред**
- В). - гипобулия
- Г). - снижение интеллекта

115. Какой клинический признак свидетельствует о формировании у больного черт шизофренического дефекта? ²

- А). - снижение волевой активности**
- Б). - нарушение памяти
- В). - депрессивное состояние
- Г). - появление кататонических симптомов

116. Какое нарушение психосенсорного синтеза в большей степени характерно для шизофрении? ²

- А). - деперсонализация**
- Б). - нарушение восприятия цвета
- В). - нарушения схемы тела
- Г). - переживание "уже виденного"

117. Какие из перечисленных нарушений мышления свойственны шизофрении? ²

- А). - разорванное мышление**
- Б). - аутистическое мышление**
- В). - резонерское мышление**
- Г). - персеверации

118. Для приступа фебрильной шизофрении характерно

- А). - повышение температуры тела**
- Б). - угроза жизни больного**
- В). - кататонические симптомы**

Г). - судорожный синдром

119. В рамках какого заболевания чаще всего встречается кататоническая симптоматика? ²

А). - шизофрения

Б). - биполярное аффективное расстройство

В). - эпилепсия

Г). - истерия

120. Какое из нижеперечисленных заболеваний, как правило, имеет тенденцию к регрессиентному течению? ²

А). - травматическое поражение головного мозга

Б). - шизофрения

В). - алкоголизм

Г). - олигофрения

121. Укажите среди перечисленных эмоциональных нарушений характерные для шизофрении²

А). - апатия

Б). - эмоциональная неадекватность

В). - эйфория

Г). - благодушие

122. Какая форма шизофрении протекает наиболее злокачественно? ²

А). - гебефреническая шизофрения

Б). - параноидная шизофрения

В). - паранойяльная шизофрения

Г). - шизоаффективное расстройство

123. Какой психопатологический синдром не встречается при шизофрении? ²

А). - корсаковский

Б). - апато-абулический

В). - сенестопатический

Г). - синдром психического автоматизма

124. Какие из перечисленных исходов заболевания не свойственны параноидной форме шизофрении? ²

А). - летальный исход

Б). - выход в длительную ремиссию

В). - непрерывное хроническое течение

Г). - выход в апато-абулический дефект

125. При какой форме шизофрении апато-абулические расстройства определяют клиническую картину заболевания? ²

А). - простой форме

Б). - гебефренической форме

В). - параноидной форме

Г). - кататонической форме

126. Парифренический синдром характеризуется²

А). - мегаломаническим бредом

Б). - разорванностью мышления и нелепостью суждений

¹Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

²Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г.

⁴Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023 г.

- В). - амнезией
- Г). - трансами

127. Для эмоциональной сферы больных шизофренией характерно²

- А). - прогрессирующее обеднение эмоциональных реакций**
- Б). - неадекватность эмоциональных реакций**
- В). - амбивалентность эмоциональных реакций**
- Г). - приступы дисфории

128. Для рекуррентной шизофрении является характерным²

- А). - однообразие приступов (типа клише)**
- Б). - благоприятность течения**
- В). - отчетливые аффективные расстройства**
- Г). - нарастающая дефицитарная симптоматика

129. Для вялотекущей шизофрении свойственно²

- А). - медленное течение с постепенным развитием изменений личности**
- Б). - преимущественно неврозоподобные и психопатоподобные расстройства**
- В). - значительная глубина аффективных расстройств
- Г). - галлюцинаторные и бредовые расстройства

130. Приступообразно-прогредиентная шизофрения характеризуется²

- А). - спонтанными ремиссиями**
- Б). - усложнением симптоматики с очередным приступом**
- В). - однотипными (типа клише) приступами
- Г). - только терапевтическими ремиссиями

131. Что наиболее характерно для острого периода черепно-мозговой травмы? ²

- А). - делириозный синдром**
- Б). - онейроид
- В). - синдром психического автоматизма
- Г). - навязчивые состояния

132. Для какого из перечисленных ниже заболеваний характерно наличие резидуальных расстройств? ²

- А). - травматическая энцефалопатия**
- Б). - реактивная депрессия
- В). - неврастения
- Г). - психастения

133. Гипертонический криз может сопровождаться²

- А). - синдромами помрачения сознания**
- Б). - выраженной тревогой**
- В). - психомоторным возбуждением**
- Г). - деперсонализацией

134. В периоде отдаленных последствий черепно-мозговой травмы могут развиваться²

- А). - судорожные припадки**
- Б). - сумеречное помрачение сознания**
- В). - парафренный синдром
- Г). - маниакальный синдром

135. Смысл концепции об экзогенном типе реакций заключается в том ,что²

- А). - различные экзогенные вредности вызывают общие типы реакций**
- Б). - одна и та же экзогенная вредность может вызывать несколько реакций**
- В). - каждой экзогенной вредности соответствует свой тип реакции
- Г). - любая реакция экзогенного типа является проявлением скрытого эндогенного заболевания

136. Для психоорганического синдрома характерно²

- А). - снижение памяти**
- Б). - снижение интеллекта**
- В). - эмоциональная неустойчивость**
- Г). - гиперестезии

137. Укажите среди перечисленных эмоциональных нарушений характерное для сосудистых заболеваний головного мозга: ²

- А). - эмоциональное слабодушие**
- Б). - эмоциональная холодность
- В). - эмоциональная неадекватность
- Г). - гипертимия

138. При выраженных сосудистых нарушениях в головном мозге снижение интеллектуально-мнестических функций наблюдается: ²

- А). - во всех случаях**
- Б). - в единичных случаях
- В). - в большинстве случаев
- Г). - не наблюдается

139. Какой дифференциально-диагностический критерий истерического и эпилептического припадков имеет наиболее существенное значение? ²

- А). - выключение сознания**
- Б). - продолжительность припадков
- В). - возможность прикуса языка и слизистой во время припадков
- Г). - выраженность судорожной реакции

140. Эпилептический статус характеризуется²

- А). - серией следующих друг за другом больших эпилептических припадков, между которыми пациент не приходит в сознание**
- Б). - серией больших эпилептических припадков, между которыми пациент приходит в сознание
- В). - состоянием выключенного сознания после однократного судорожного припадков
- Г). - учащением приступов до 3-5 в сутки

141. Эпилептическая аура²

- А). - ощущение или переживание, предшествующее приступу**
- Б). - встречаются у всех больных эпилепсией
- В). - амнезируется больным
- Г). - может быть разной у одного и того же больного

142. Амбулаторные автоматизмы включают²

- А). - трансы**
- Б). - сомнамбулизм**
- В). - абсансы
- Г). - дисфории

143. К какому виду припадков относятся джексоновские припадки? ²

- А). - фокальные (парциальные) судорожные**
- Б). - генерализованные судорожные

¹Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

²Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г.

⁴Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023 г.

- В). - абсансы
- Г). - диэнцефальные припадки

144. Что из нижеперечисленного характерно для эпилептического изменения личности? ²

- А). - ригидность аффекта**
- Б). - гипертрофированная пунктуальность**
- В). - амбивалентность
- Г). - аутизм

145. Какие из перечисленных ниже препаратов обладают противосудорожным эффектом? ²

- А). - карбамазепин**
- Б). - аминазин
- В). - мажептил
- Г). - тизерцин

146. К генерализованным припадкам относятся²

- А). - абсансы**
- Б). - джексоновские припадки
- В). - вегетативный (диэнцефальный) припадок
- Г). - истерические приступы

147. Выберите наиболее адекватный препарат для неотложной помощи при эпилептическом статусе²

- А). - диазепам**
- Б). - аминазин
- В). - карбамазепин
- Г). - спазмолитики

148. Эпилепсия характеризуется: ²

- А). - разнообразными пароксизмальными расстройствами**
- Б). - типичными изменениями личности**
- В). - нарастающим апато-абулическим дефектом
- Г). - аффективными фазами, разделенными светлыми промежутками

149. Изменения личности при эпилепсии характеризуются следующими признаками²

- А). - обстоятельностью мышления**
- Б). - эксплозивностью**
- В). - педантизмом**
- Г). - театральностью, демонстративностью

150. Острые эпилептические психозы подразделяются на следующие группы²

- А). - острые эпилептические психозы с помрачением сознания**
- Б). - острые эпилептические психозы без помрачения сознания**
- В). - паранойяльные психозы
- Г). - галлюцинаторно-параноидные психозы

151. Хронические эпилептические психозы проявляются²

- А). - паранойяльными состояниями**
- Б). - галлюцинаторно-параноидными состояниями**
- В). - кататоническими расстройствами
- Г). - делириозными расстройствами

152. Признаками группы атрофических процессов головного мозга являются²

- А). - незаметное начало заболевания**
- Б). - неуклонно прогрессирующее течение**
- В). - формирование тотального слабоумия в конечной стадии**
- Г). - волнообразное течение (периоды спонтанного улучшения и ухудшения состояния)

153. Укажите личностные изменения, наиболее характерные для сенильной деменции²

- А). - эгоцентризм**
- Б). - эмоциональное огрубение**
- В). - расторможенность влечений**
- Г). - критическое отношение к состоянию

154. Инволюционная депрессия может быть представлена: ²

- А). - ажитированной депрессией**
- Б). - депрессией с бредом Котара**
- В). - депрессивно-бредовым синдромом**
- Г). - эмоциональной холодностью

155. Фабула инволюционных параноидов складывается: ²

- А). - из идей ущерба**
- Б). - из идей отравления**
- В). - из идеи высокого происхождения
- Г). - из идей самоуничужения

156. Течение инволюционных бредовых психозов чаще всего носит: ²

- А). - хронический характер**
- Б). - приступообразный характер
- В). - периодический характер
- Г). - «мерцающий» характер

157. Какой вид лечения инволюционных бредовых психозов обычно применяется: ²

- А). - нейролептики**
- Б). - антидепрессанты
- В). - ЭСТ
- Г). - Нормотимики

158. Для личностных изменений при болезни Альцгеймера с поздним началом характерно: ²

- А). - расторможение низших влечений**
- Б). - упрямство и ригидность**
- В). - сужение круга интересов**
- Г). - эмоциональная выхолощенность

159. Наиболее информативным методом исследования атрофических процессов головного мозга из нижеперечисленного является: ²

- А). - компьютерная томография**
- Б). - ЭЭГ
- В). - исследование ликвора
- Г). - УЗИ головного мозга

160. Афазии, апраксии, агнозии наиболее характерны для: ²

- А). - болезни Альцгеймера**
- Б). - сосудистой деменции
- В). - болезни Пика
- Г). - хореи Гентингтона

161. Для начальной стадии болезни Пика характерно: ²

¹Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

²Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г.

⁴Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023 г.

- А). - эйфорический оттенок настроения**
- Б). - изменение личностных черт**
- В). - критика к болезни
- Г). - афато-агнозо-апрактический синдром

162. Что является наиболее эффективной терапией алкогольного бреда ревности²

- А). - лечение нейролептиками**
- Б). - психотерапия
- В). - условно-рефлекторная терапия
- Г). - лечение у сексопатолога

163. Для алкогольного абстинентного синдрома характерны²

- А). - сухость во рту**
- Б). - тремор пальцев рук**
- В). - сужение зрачков
- Г). - заложенность носа и риноррея

164. Для соматических последствий алкоголизма в 3 стадии заболевания характерны²

- А). - жировая дистрофия печени**
- Б). - кардиомиопатия**
- В). - полинейропатия**
- Г). - остеопороз

165. О возможности перехода алкогольного абстинентного синдрома в металкогольный психоз свидетельствует²

- А). - углубление бессонницы**
- Б). - нарастание тревоги**
- В). - судорожный припадок**
- Г). - сниженное настроение

166. Содержание бреда острого алкогольного параноида обычно представлено²

- А). - бредом преследования**
- Б). - бредом Котара
- В). - бредом ревности
- Г). - "кухонным бредом"

167. К индивидуально-психологическим факторам, влияющим на продолжительность и устойчивость ремиссий при алкоголизме, относятся²

- А). - установка больного на лечение**
- Б). - степень выраженности алкогольной анозогнозии**
- В). - интеллектуальное снижение**
- Г). - амнестические формы опьянения

168. Алкоголизм представляет собой²

- А). - хроническое психическое заболевание**
- Б). - острое отравление алкоголем
- В). - многодневное употребление алкоголя
- Г). - психосоматическое заболевание

169. Какие из перечисленных препаратов целесообразно назначить для купирования делирия²

- А). - диазепам**
- Б). - феназепам**
- В). - эфедрин
- Г). - амитриптилин

170. Какие из перечисленных методов применяются для лечения алкоголизма? ²

- А). - сенсibiliзирующая терапия (тетурам, эспераль)**

- Б).** - психотерапия
- В). - нейрохирургическое лечение
- Г). - электросудорожная терапия

171. Психическое (первичное, обсессивное) влечение к алкоголю в 1 стадии алкоголизма²

- А).** - ситуационно обусловлено
- Б).** - сопровождается борьбой мотивов
- В). - не связано с ситуациями традиционного употребления алкоголя
- Г). - не сопровождается борьбой мотивов

172. Психическая зависимость при алкоголизме находит отражение²

- А).** - в обсессивном характере влечения
- Б).** - в психическом дискомфорте в случае препятствия реализации влечения
- В).** - в предвкушении предстоящего удовольствия выпить
- Г). - в ежедневном приеме алкоголя

173. Физическое (вторичное, компульсивное) патологического влечения к алкоголю возникает²

- А).** - во время алкогольного эксцесса
- Б).** - только у больных алкоголизмом 2-3 стадии
- В). - в состоянии устойчивой ремиссии
- Г). - у всех больных алкоголизмом, начиная с 1 стадии

174. Для неосложненного абстинентного синдрома характерно все перечисленное, кроме²

- А).** - иллюзорного восприятия
- Б). - интенсивного влечения к опохмелению
- В). - физического дискомфорта
- Г). - выраженных вегетативных расстройств

175. Укажите наиболее типичное для алкогольной деградации эмоциональное расстройство: ²

- А).** - эмоциональное огрубение
- Б). - апатия
- В). - эмоциональная лабильность
- Г). - амбивалентность

176. Назовите наиболее характерное для соматических расстройств во II стадии алкоголизма заболевание: ²

- А).** - цирроз печени
- Б). - панкреатит
- В). - холецистит
- Г). - гипертоническая болезнь

177. В структуре неосложненного абстинентного (похмельного) синдрома могут наблюдаться²

- А).** - вегетативные дисфункции
- Б).** - нарушения сна
- В). - судорожные припадки
- Г). - галлюцинозы

178. Для алкогольной полинейропатии характерно все перечисленное, кроме²

- А).** - наличия многочисленных трофических язв
- Б). - парестезии

¹Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

²Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г.

⁴Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023 г.

- В). - снижения болевой и температурной чувствительности
- Г). - более по ходу периферических нервов

179. Укажите признаки легкой степени простого алкогольного опьянения²

- А). - ускоренное мышление**
- Б). - повышение двигательной активности**
- В). - дизартричность речи
- Г). - мозжечковая атаксия

180. Укажите признаки средней степени простого алкогольного опьянения²

- А). - замедление мышления**
- Б). - дизартричность речи**
- В). - нарастающее угнетение (выключение) сознания
- Г). - амимия, мышечная атония

181. Укажите признаки тяжелой степени простого алкогольного опьянения²

- А). - нарастающее угнетение (выключение) сознания**
- Б). - амимия, мышечная атония**
- В). - ускоренное мышление
- Г). - повышение двигательной активности

182. Длительность алкогольного абстинентного синдрома составляет²

- А). - около недели**
- Б). - не более суток
- В). - не более трех дней
- Г). - около месяца

183. Для начальной стадии алкоголизма (I стадии) характерно все перечисленное, кроме²

- А). - компульсивного характера влечения**
- Б). - утраты защитного рвотного рефлекса
- В). - роста толерантности в 2-4 раза
- Г). - снижения количественного контроля

184. К атипичным формам опьянения относится²

- А). - истерическое опьянение**
- Б). - дисфорическое опьянение**
- В). - патологическое опьянение
- Г). - эйфорическое опьянение

185. Во II стадии заболевания форма потребления алкоголя чаще всего проявляется по типу: ²

- А). - псевдозапой**
- Б). - постоянного пьянства на фоне низкой толерантности
- В). - Постоянного пьянства на фоне высокой толерантности
- Г). - истинных запоев

186. Для симптома снижения толерантности характерно²

- А). - переход на более слабые алкогольные напитки**
- Б). - время появления на III стадии заболевания**
- В). - снижение дозы, вызывающей опьянение**
- Г). - повышение дозы, вызывающей опьянение

187. Для алкогольных палимпсестов характерно²

- А). - появление на этапе II стадии заболевания**
- Б). - запомывание событий, касающихся отдельных эпизодов периода опьянения**
- В). - утрата защитных рефлексов
- Г). - полное запомывание всего периода опьянения

188. Для III стадии алкоголизма наиболее типичны все перечисленные признаки, кроме²

- А). - высокой толерантности**
- Б). - утрату ситуационного контроля
- В). - снижение толерантности к алкоголю
- Г). - наличие интеллектуально-мнестических нарушений

189. Форма злоупотребления алкоголем в III стадии заболевания может проявиться всем указанным, исключая²

- А). - псевдозапой**
- Б). - истинные запои
- В). - перемежающееся пьянство
- Г). - постоянное пьянство на фоне низкой толерантности

190. На 3 стадии алкоголизма облигатно присутствует²

- А). - социальная деградация**
- Б). - личностная деградация**
- В). - физическая деградация**
- Г). - алкогольные психозы

191. Основным отличительным признаком простого алкогольного галлюциноза от алкогольного делирия является²

- А). - помрачение сознания**
- Б). - выраженность галлюцинаций
- В). - длительность психоза
- Г). - ничего из перечисленного

192. Для Корсаковского психоза характерны²

- А). - фиксационная амнезия**
- Б). - дезориентировка**
- В). - галлюцинации
- Г). - нарушение сознания

193. При формировании алкоголизма у женщин, по сравнению с мужчинами²

- А). - заболевание формируется ускоренно**
- Б). - хуже прогноз, ниже курябельность заболевания**
- В). - чаще развиваются психозы
- Г). - соматическая патология тяжелее и развивается быстрее

194. Укажите характерные признаки подросткового алкоголизма²

- А). - более быстрое развитие зависимости**
- Б). - более быстрое развитие личностных изменений**
- В). - медленное развитие личностных изменений
- Г). - медленное развитие зависимости

195. Какая из нижеперечисленных наркоманий приводит к наиболее грубому интеллектуальному дефекту? ²

- А). - барбитуровая**
- Б). - опиоидная
- В). - гашишная
- Г). - кокаиновая

¹Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

²Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г.

⁴Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023 г.

196. Термин "наркотическое" средство включает в себя следующие критерии²
- А). - медицинский**
 - Б). - социальный**
 - В). - юридический**
 - Г). - фармакокинетический
197. Патологическое влечение к наркотику обусловлено²
- А). - психической зависимостью**
 - Б). - физической зависимостью**
 - В). - социальным окружением
 - Г). - психогениями
198. Наиболее частыми признаками опийного опьянения являются все перечисленные, кроме²
- А). - галлюцинаций**
 - Б). - миоза
 - В). - эйфории
 - Г). - дизартричности речи
199. Абстинентный синдром развивается после прекращения приема опиатов в среднем через²
- А). - 5-10 часов**
 - Б). - 2-3 часа
 - В). - сутки
 - Г). - двое суток
200. Отличительными чертами абстиненции при барбитуровой наркомании являются²
- А). - судорожные расстройства**
 - Б). - тяжелое течение абстиненции**
 - В). - кратковременность абстиненции
 - Г). - слабая выраженность вегетативных расстройств
201. Наиболее частым осложнением приема средств бытовой и промышленной химии являются³
- А). - деменции**
 - Б). - судорожный синдром**
 - В). - делириозные состояния**
 - Г). - олигофрении
202. Для лечения больных героиновой наркоманией используют: ³
- А). - купирование абстинентных явлений**
 - Б). - лечение аффективных расстройств (использование нормотимиков и антидепрессантов)**
 - В). - личностно-ориентированная психотерапия**
 - Г). - суггестивные методы (внушение, гипноз, «кодирование» и пр.)
203. Признаками, характеризующими наркоманию в целом, являются: ³
- А). - деградация личности**
 - Б). - криминальное поведение**
 - В). - повышение адаптивных возможностей
 - Г). - повышение творческих потенций личности
204. Какие из перечисленных наркоманий являются повышенным фактором риска заражением ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами? ³
- А). - опийная**
 - Б). - гашишная
 - В). - барбитуровая
 - Г). - кокаиновая
205. Для какой абстиненции характерны интенсивные мышечные и суставные боли, чихание, слезотечение, боли в животе и диарея? ³

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

206. Укажите наименее характерный для деградации опийного наркомана признак: ³

- А). - **снижение памяти**
- Б). - лживость
- В). - истероформное поведение
- Г). - эгоцентризм

207. Гашишные психозы проявляются в форме: ³

- А). - **делириозных состояний**
- Б). - **затяжных бредовых состояний**
- В). - **сумеречных расстройств сознания**
- Г). - гебефренного синдрома

208. Наиболее типичными признаками барбитуровой энцефалопатии являются: ³

- А). - **сниженная сообразительность**
- Б). - **медленная речь с ограниченным запасом слов**
- В). - **грубые нарушения памяти**
- Г). - легкое течение абстиненции

209. К симптомам интоксикации кокаином относятся все перечисленные явления: ³

- А). - **выраженной эйфории**
- Б). - **ощущения повышенных возможностей**
- В). - **гиперактивности**
- Г). - отрешенности

210. Для психопатий характерно: ³

- А). - **дисгармония характера**
- Б). - **социальная дезадаптация**
- В). - снижение интеллекта
- Г). - приступообразное течение

211. Основными характерными признаками психопатий по П.Б.Ганнушкину являются³

- А). - **тотальность характерологических нарушений**
- Б). - **стойкость характерологических нарушений**
- В). - **трудность социальной адаптации**
- Г). - отягощенная наследственность

212. Диагностика психопатии становится достаточно достоверной³

- А). - **в молодом возрасте**
- Б). - в детском возрасте
- В). - в подростковом возрасте
- Г). - в пожилом возрасте

213. Декомпенсация психопатии может характеризоваться³

- А). - **астеническими расстройствами**

¹Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

²Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

³ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г

⁴ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023 г.

Б). - усилением всех основных патологических свойств личности

В). - бредовыми расстройствами

Г). - состояниями выключения сознания

214. Для какой формы психопатии характерна замкнутость, склонность к одиночеству? ³

А). - шизоидная психопатия

Б). - психопатия

В). - истерическая психопатия

Г). - эпилептоидная психопатия

215. Для какой формы психопатии характерна агрессивность в поведении? ³

А). - эпилептоидная психопатия

Б). - психастеническая психопатия

В). - истерическая психопатия

Г). - шизоидная психопатия

216. Для какой формы психопатии характерна боязнь публичных выступлений? ³

А). - психастеническая психопатия

Б). - истерическая психопатия

В). - гипертимная психопатия

Г). - эпилептоидная психопатия

217. Какие из указанных факторов имеют решающее значение в формировании психопатий? ³

А). - социально-психологические факторы

Б). - наследственность

В). - психическая травма

Г). - возраст больного

218. Особенности астенического типа психопатии являются все перечисленные, кроме: ³

А). - склонности к псевдологии

Б). - раздражительности

В). - повышенной впечатлительности, чувствительности

Г). - значительной психической утомляемости и истощаемости

219. Чертами паранойяльной психопатии являются: ³

А). - недоверчивость, подозрительность, упорство в отстаивании своих убеждений

Б). - угрюмость, злопамятность, готовность в каждом видеть недоброжелателя

В). - повышенная самооценка, эгоцентризм

Г). - открытость, доверчивость

220. Основными свойствами возбудимой психопатии являются: ³

А). - способность оскорблять по малейшим поводам

Б). - крайняя несдержанность при конфликтных ситуациях

В). - тревожность

Г). - мнительность

221. Акцентуация характера по тревожно-мнительному типу характеризуются всем перечисленным, кроме: ³

А). - повышенной способности заводить новые знакомства

Б). - постоянных переживаний за свое здоровье и здоровье близких

В). - пониженной самооценке

Г). - чрезмерной опеки своих детей

222. К особенностям акцентуации характера по истероидному типу относятся все перечисленные, кроме: ³

А). - склонности к самоанализу

Б). - потребности в признании

- В). - эгоцентризма
- Г). - проникновение в психологию других

223. Какая патологическая реакция чаще всего встречается при возникновении соматического заболевания? ³

- А). - депрессивный синдром**
- Б). - кататонический синдром
- В). - психорганический синдром
- Г). - онейроидный синдром

224. У кого чаще наблюдается ипохондрический тип внутренней картины болезни? ³

- А). - у лиц с чертами тревожной мнительности**
- Б). - у больных олигофренией
- В). - у больных деменцией
- Г). - у больных паранойяльной психопатией

225. Основные принципы лечения острых симптоматических психозов включают³

- А). - применение дезинтоксикационной терапии**
- Б). - лечение основного заболевания**
- В). - коррекцию с помощью психотропных средств в соответствии с тяжестью соматического состояния**
- Г). - ЭСТ.

226. Психические расстройства при эндокринных заболеваниях могут быть представлены³

- А). - психоорганическим синдромом**
- Б). - аффективными нарушениями**
- В). - судорожным синдромом
- Г). - истерическим неврозом

227. При уремии возможны³

- А). - все реакции экзогенного типа**
- Б). - только синдромы помрачения сознания
- В). - преимущественно астенические состояния
- Г). - преимущественно психогенные расстройства

228. У ВИЧ-инфицированных возможны следующие психические расстройства³

- А). - реактивная депрессия**
- Б). - ипохондрическая фиксация**
- В). - деменция**
- Г). - онейроид

229. Для климактерического синдрома характерно все перечисленное, кроме³

- А). - апатико-динамического синдрома**
- Б). - аффективной лабильности
- В). - лабильности психической активности
- Г). - расстройства сна

230. В каком возрасте чаще наблюдается ипохондрическое отношение к болезни? ³

- А). - инволюционный**
- Б). - детский

¹Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

²Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г.

⁴Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023 г.

- В). - юношеский
- Г). - зрелый

231. Что характерно для анозогнозического варианта внутренней картины болезни? ³

- А). - "отрицание" болезни**
- Б). - агравация
- В). - симуляция
- Г). - диссимуляция

232. В острой стадии эпидемического энцефалита могут наблюдаться следующие виды расстройств сознания: ³

- А). - оглушение**
- Б). - делирий**
- В). - сумерки
- Г). - онейроид

233. В острой стадии комариного (летне-весеннего) энцефалита наблюдаются все следующие психические расстройства, кроме: ³

- А). - синдрома Кандинского-Клерамбо**
- Б). - делириозного или аментивного помрачения сознания
- В). - эпилептиформного возбуждения
- Г). - повышенной сонливости

234. В острой стадии инфаркта миокарда могут наблюдаться психические расстройства³

- А). - делирий**
- Б). - выраженный астенический синдром**
- В). - маниакальный синдром
- Г). - онейроид

235. Для пневмоний наиболее характерны³

- А). - астенические состояния**
- Б). - синдромы помрачения сознания**
- В). - психоорганический синдром
- Г). - затяжные бредовые психозы

236. Классификация антидепрессантов включает: ³

- А). - трициклические антидепрессанты**
- Б). - четырехциклические антидепрессанты**
- В). - производные бензодиазепа
- Г). - производные бутирофенона

237. Противопоказаниями к назначению транквилизаторов являются: ³

- А). - миастения**
- Б). - дыхательная недостаточность**
- В). - алкогольный делирий
- Г). - эпилептический статус

238. Галоперидол показан для лечения: ³

- А). - параноидного синдрома**
- Б). - депрессивного синдрома
- В). - апато-абулических состояний
- Г). - астенического синдрома

239. Как осложнение задержка мочи может быть вызвана при назначении: ³

- А). - амитриптилина**
- Б). - пиразидола

- В). - флуоксетина
- Г). - миансерина

240. Вероятность развития лекарственного холинолитического делирия выше при передозировке: ³

- А). - мелипрамина**
- Б). - флуоксетина
- В). - пиразидола
- Г). - димедрола

241. К побочным действиям, связанным с применением нейролептиков относятся: ³

- А). - хронический экстрапирамидный синдром**
- Б). - гиперсаливация**
- В). - гипергидроз
- Г). - снижение аппетита

242. К атипичным нейролептикам относят: ³

- А). - рисперидон**
- Б). - оланзапин**
- В). - аминазин
- Г). - галоперидол

243. К преимуществам атипичных нейролептиков относят: ³

- А). - малая выраженность экстрапирамидных побочных эффектов**
- Б). - большее влияние на негативную симптоматику шизофрении**
- В). - быстрая редукция психотических симптомов
- Г). - антидепрессивный эффект

244. К экстрапирамидным побочным эффектам при применении традиционных нейролептиков относятся: ³

- А). - дистония**
- Б). - акатизия**
- В). - лекарственный паркинсонизм**
- Г). - атетоз

245. Побочные эффекты, свойственные аминазину: ³

- А). - выраженная гипотензия**
- Б). - депрессия**
- В). - инфильтраты и флебиты в местах введения**
- Г). - лихорадка

246. К преимуществам терапии пролонгированными формами нейролептиков относятся: ³

- А). - облегчение контроля за приемом назначенного препарата**
- Б). - освобождение больного от необходимости ежедневного многократного приема лекарств**
- В). - меньшая вероятность возникновения побочных эффектов
- Г). - отсутствие побочных эффектов

247. Вероятность развития лекарственного холинолитического делирия выше при передозировке: ³

- А). - амитриптилина**
- Б). - циклодола**

¹Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

²Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

³ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г

⁴ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023 г.

- В). - коаксила
- Г). - димедрола

248. Изменение картины крови при применении психотропных препаратов чаще всего может быть вызвано: ³

- А). - клозапином**
- Б). - галоперидолом
- В). - амитриптилином
- Г). - феназепамом

249. Для лечения алкогольного делирия следует использовать: ³

- А). - феназепам и диазепам**
- Б). - дезинтоксикационную терапию**
- В). - витамины группы В**
- Г). - карбамазепин

250. Противопоказанием для назначения бензодиазепиновых транквилизаторов является: ³

- А). - дыхательная недостаточность**
- Б). - судорожный синдром в анамнезе
- В). - гипотензия
- Г). - алкогольный делирий

251. В отношении каких симптомов эффективны транквилизаторы? ³

- А). - тревога**
- Б). - нарушения сна**
- В). - галлюцинации и бред
- Г). - сниженное настроение

252. Селективные ингибиторы ацетилхолинэстеразы применяются при: ³

- А). - болезни Альцгеймера**
- Б). - алкоголизме
- В). - эпилепсии
- Г). - лекарственном паркинсонизме

253. Какие из перечисленных средств могут использоваться для купирования эпилептического статуса: ³

- А). - общий наркоз с миорелаксантами**
- Б). - феназепам и диазепам**
- В). - аминазин
- Г). - мемантин

254. К селективным ингибиторам обратного захвата серотонина относятся: ³

- А). - флуоксетин**
- Б). - сертралин**
- В). - миансерин
- Г). - амитриптилин

255. К холинолитическим побочным эффектам психотропных препаратов относятся:

- А). - запоры³**
- Б). - увеличение внутриглазного давления**
- В). - задержка мочи**
- Г). - явления лекарственного паркинсонизма

256. Какой из препаратов применяется при терапевтической резистентности у больных шизофренией: ³

- А). - клозапин**
- Б). - галоперидол

- В). - оланзапин
- Г). - зупентиксол

257. Какие из групп препаратов могут вызвать лекарственную зависимость? ³

- А). - транквилизаторы**
- Б). - психостимуляторы**
- В). - ноотропы
- Г). - антидепрессанты

258. К небензодиазепиновым транквилизаторам относится: ³

- А). - атаракс**
- Б). - сибазон
- В). - феназепам
- Г). - клоназепам

259. Какие из нижеперечисленных групп препаратов предпочтительны для купирования психомоторного возбуждения в условиях соматического стационара? ³

- А). - транквилизаторы**
- Б). - барбитураты
- В). - амитриптилин
- Г). - нейролептики

260. В лечении эндогенной депрессии наиболее эффективны: ³

- А). - лечение антидепрессантами**
- Б). - электросудорожная терапия**
- В). - терапия нейролептиками
- Г). - аутогенная тренировка

261. Что из перечисленного предпочтительнее использовать для купирования галлюцинаторно-бредового возбуждения? ³

- А). - галоперидол**
- Б). - карбамазепин
- В). - оксибутират натрия
- Г). - амитриптилин

262. Какие из перечисленных препаратов используются для лечения маниакального состояния? ³

- А). - клопиксол**
- Б). - лития карбонат**
- В). - фенибут
- Г). - циклодол

263. Какие из перечисленных препаратов применяются в качестве корректора при нейролептической терапии? ³

- А). - циклодол**
- Б). - кофеин
- В). - ноотропил
- Г). - фентанил

264. Для лечения ажитированной депрессии показан: ³

- А). - амитриптилин**
- Б). - мелипрамин

¹Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

²Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

³ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г

⁴ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023 г.

- В). - трифтазин
- Г). – аминазин

265. Для купирования эпилептического статуса наиболее эффективно: ³

- А). - внутривенное введение седуксена**
- Б). - внутривенное введение аминазина
- В). - внутривенное введение оксибутирата натрия
- Г). - внутривенное введение магнезии

266. Мелипрамин относится к антидепрессантам: ³

- А). - трициклического ряда**
- Б). - тетрациклического ряда
- В). - ингибиторам МАО
- Г). - обратного захвата серотонина

267. Амитриптилин относится к антидепрессантам: ³

- А). - трициклического ряда**
- Б). - тетрациклического ряда
- В). - ингибиторам МАО
- Г). - обратного захвата серотонина

268. К противопоказаниям к лечению амитриптилином относятся: ³

- А). - глаукома**
- Б). - гипертрофия простаты**
- В). - мерцательная аритмия**
- Г). - туберкулез легких

269. Спектр психотропной активности диазепама включает: ³

- А). - противосудорожное действие**
- Б). - седативное действие**
- В). - вегетотропное действие**
- Г). - антипсихотическое действие

270. Побочные действия при лечении диазепамом включают: ³

- А). - мышечную слабость**
- Б). - сонливость**
- В). - релаксацию**
- Г). - судорожные припадки

271. К побочным эффектам при лечении пирацетамом относятся: ³

- А). - раздражительность**
- Б). - трудности в засыпании**
- В). - сонливость, заторможенность
- Г). - задержка мочи

272. Какой из перечисленных нейролептиков в большей степени способен вызывать лекарственный гепатит: ³

- А). - аминазин**
- Б). - галоперидол
- В). - оланзапин
- Г). – трифтазин

273. Для лечения дистимии используются: ³

- А). - антидепрессанты**
- Б). - ноотропы
- В). - психостимуляторы
- Г). - нейролептики

274. Какая из групп препаратов наиболее эффективна при лечении соматизированных депрессий: ³

- А). - **антидепрессанты**
- Б). - нейролептики
- В). - психостимуляторы
- Г). - ноотропы

275. При нарушениях сна в виде поздних засыпаний в рамках невротической депрессии показан: ³

- А). - **миансерин (леривон)**
- Б). - аминазин
- В). - пирацетам
- Г). - азалептин

276. Какой из перечисленных антидепрессантов обладает большим стимулирующим эффектом по сравнению с другими: ³

- А). - **имипрамин**
- Б). - амитриптилин
- В). - циталопрам
- Г). - флуоксетин

277. С целью коррекции экстрапирамидных нейролептических расстройств используются: ³

- А). - **бета-блокаторы**
- Б). - **циклодол**
- В). - антидепрессанты
- Г). - антиконвульсанты

278. Шизоаффективное расстройство – это заболевание: ³

- А). - **Эндогенного характера.**
- Б). - **С непрогредиентным течением.**
- В). - С прогредиентным течением.
- Г). - С неблагоприятным прогнозом.

279. Риск заболеть шизофренией в популяции в среднем составляет: ³

- А). - **1%**
- Б). - 5%
- В). - 7%
- Г). - 15%

280. Синдром Кандинского-Клерамбо включает: ³

- А). - **бред воздействия.**
- Б). - **псевдогаллюцинации**
- В). - **психические автоматизмы.**
- Г). - аффективные расстройства.

281. Признаками шизотипического расстройства являются: ³

- А). - **эмоциональная холодность.**
- Б). - **деперсонализация, дереализация.**
- В). - **эксцентричность, странность, чужаковатость.**
- Г). - замедленность, ригидность, торпидность мышления.

¹Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

²Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

³ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г

⁴ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023 г.

282. Основные виды шизотипического расстройства: ³

- А). - неврозоподобная шизофрения.**
- Б). - психопатоподобная шизофрения.**
- В). - бедная симптомами шизофрения (по типу простой)**
- Г). - параноидная шизофрения.

283. Средний возраст начала шизофрении для мужчин составляет: ³

- А). - 15-25 лет.**
- Б). - 25-35 лет.
- В). - 35-45 лет.
- Г). - старше 55 лет.

284. Моделями этиологии шизофрении являются: ³

- А). - биологическая.**
- Б). - психологическая.**
- В). - социальная.**
- Г). - психосоматическая.

285. К дофаминовым путям мозга относятся: ³

- А). - nigro-стриарный.**
- Б). - мезолимбический.**
- В). - мезокортикальный.**
- Г). - париетально-окципитальный.

286. К шизофрении имеют большую склонность люди со следующим типом конституции: ³

- А). - лептосомный (астенический)**
- Б). - гиперстенический.
- В). - атлетический.
- Г). - пикнический.

287. К негативным симптомам шизофрении относят: ³

- А). - амбивалентность.**
- Б). - схизис.**
- В). - аутизм.**
- Г). - автоматизмы.

288. Выделяют следующие типы дефекта при шизофрении: ³

- А). - параноидный.**
- Б). - апато-абулический.**
- В). - психопатоподобный.**
- Г). - эйфорический.

289. К нейролептикам с преимущественно седативным действием относятся: ³

- А). - хлорпротиксен.**
- Б). - хлорпромазин.**
- В). - тиоридазин.**
- Г). - арипипразол.

290. По спектру клинического действия нейролептики делятся на: ³

- А). - седативные.**
- Б). - инцизивные.**
- В). - дезингибирующие**
- Г). - нормотимические

291. К ингибиторам ацетилхолинэстеразы относятся: ³

- А). - галантамин**
- Б). - ривастигмин**
- В). - донепезил**
- Г). - амемантина гидрохлорид

292. При болезни Пика преимущественно поражаются следующие отделы мозга: ³

- А). - кора лобных отделов**
- Б). - кора височных отделов**
- В). - кора затылочных отделов
- Г). - мозжечок

293. Триада В.П. Протопопова включает³

- А). - тахикардию**
- Б). - спастические запоры**
- В). - мидриаз**
- Г). - сухость слизистых

294. Синдром дефицита серотонина включает³

- А). - фобии**
- Б). - булимию**
- В). - ухудшение когнитивных процессов
- Г). - уплощение аффекта

295. Синдром дефицита норадреналина включает³

- А). - моторную заторможенность**
- Б). - трудность концентрации внимания**
- В). - чрезмерно абстрактное мышление
- Г). - анорексию

296. Выделяют следующие виды болезни Альцгеймера: ³

- А). - деменция при БА с поздним началом**
- Б). - деменция при БА с ранним началом**
- В). - юношеская форма БА
- Г). - регрессирующая форма БА

297. Препаратами выбора для лечения болезни Альцгеймера являются: ³

- А). - ингибиторы ацетилхолинэстеразы**
- Б). - глутаматергические препараты**
- В). - ингибиторы МАО
- Г). - глюкокортикоиды

298. Ангедонией называется³

- А). - потеря способности получать удовольствие**
- Б). - отсутствие сексуального влечения
- В). - снижение интеллектуальной продуктивности
- Г). - отсутствие аппетита

¹Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

²Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

³ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г

⁴ Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023 г.

299. Для апато-абулического дефекта наиболее характерно: ³

А). - отсутствие интересов и побуждений.

Б). - апатия.

В). - эксплозивность.

Г). - мания.

300. При терапии клозапином необходимо контролировать результаты следующих исследований: ³

А). - ОАК.

Б). - ЭКГ.

В). - ЭЭГ.

Г). - Коагулограмма

Ответы к тестовым заданиям:

1. А).
2. Г).
3. Д).
4. Б).
5. Б).
6. Г).
7. Д).
8. В).
9. Д).
10. Д).
11. А).
12. Д).
13. А).
14. Г).
15. Д).
16. Г).
17. В).
18. Г).
19. Г).
20. В).
21. Д).
22. Г).
23. Д).
24. В).
25. Д).
26. А).
27. Г).
28. Б).
29. Г).
30. Г).
31. Д).
32. В).
33. Д).
34. А).
35. Г).
36. Д).
37. Г).

38. А).
39. Д).
40. Г).
41. В).
42. Д).
43. А).
44. А).
45. Г).
46. Д).
47. А).
48. Д).
49. Г).
50. Д).
51. А).
52. А).
53. Г).
54. Д).
55. Г).
56. Г).
57. Г).
58. Г).
59. А).
60. Д).
61. Д).
62. Б).
63. Д).
64. Б).
65. Д).
66. Г).
67. Г).
68. В).
69. Г).
70. Г).
71. А).
72. Д).
73. Д).
74. Г).
75. Д).
76. Д).
77. А).
78. А).
79. Г).
80. Б).
81. Д).
82. Д).
83. Г).

¹Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

²Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г.

⁴Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023 г.

- 84. Г).
- 85. Д).
- 86. А).
- 87. Д).
- 88. А).
- 89. Д).
- 90. Д).
- 91. А).
- 92. Д).
- 93. Г).
- 94. Г).
- 95. Б).
- 96. А).
- 97. Б).
- 98. Г).
- 99. Д).
- 100. Г)
- 101. А).
- 102. А). Б).
- 103. А). Б).
- 104. А). Б).
- 105. А).
- 106. А).
- 107. А). Б).
- 108. А),
- 109. А). Б).
- 110. А). Б). Б).
- 111. А). Б). Б).
- 112. А). Б).
- 113. А). Б).
- 114. А).
- 115. А).
- 116. А). Б). Б).
- 117. А). Б). Б).
- 118. А).
- 119. А).
- 120. А). Б).
- 121. А).
- 122. А).
- 123. А).
- 124. А).
- 125. А). Б).
- 126. А). Б). Б).
- 127. А). Б). Б).
- 128. А). Б).
- 129. А). Б).
- 130. А).
- 131. А).
- 132. А). Б). Б).
- 133. А). Б).
- 134. А). Б).
- 135. А). Б). Б).
- 136. А).

137. А).
138. А).
139. А).
140. А).
141. А). Б).
142. А).
143. А). Б).
144. А).
145. А).
146. А).
147. А). Б).
148. А). Б). В).
149. А). Б).
150. А). Б).
151. А). Б). В).
152. А). Б). В).
153. А). Б). В).
154. А). Б).
155. А).
156. А).
157. А). Б). В).
158. А).
159. А).
160. А). Б).
161. А).
162. А). Б).
163. А). Б). В).
164. А). Б). В).
165. А).
166. А). Б). В).
167. А).
168. А). Б).
169. А). Б).
170. А). Б).
171. А). Б). В).
172. А). Б).
173. А).
174. А).
175. А).
176. А). Б).
177. А).
178. А). Б).
179. А). Б).
180. А). Б).
181. А).
182. А).

¹Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

²Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г.

⁴Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023 г.

183. A). Б).
184. A).
185. A). Б). В).
186. A). Б).
187. A).
188. A).
189. A). Б). В).
190. A).
191. A). Б).
192. A). Б).
193. A). Б).
194. A).
195. A). Б). В).
196. A). Б).
197. A).
198. A).
199. A). Б).
200. A). Б). В).
201. A). Б). В).
202. A). Б).
203. A).
204. A).
205. A).
206. A). Б). В).
207. A). Б). В).
208. A). Б). В).
209. A). Б).
210. A). Б). В).
211. A).
212. A). Б).
213. A).
214. A).
215. A).
216. A). Б).
217. A).
218. A). Б). В).
219. A). Б).
220. A).
221. A).
222. A).
223. A).
224. A). Б). В).
225. A). Б).
226. A).
227. A). Б). В).
228. A).
229. A).
230. A).
231. A). Б).
232. A).
233. A). Б).
234. A). Б).
235. A). Б).

236. А). Б).
237. А).
238. А).
239. А).
240. А). Б).
241. А). Б).
242. А). Б).
243. А). Б). В).
244. А). Б). В).
245. А). Б).
246. А). Б).
247. А).
248. А). Б). В).
249. А).
250. А). Б).
251. А).
252. А). Б).
253. А). Б).
254. А). Б). В).
255. А).
256. А). Б).
257. А).
258. А).
259. А). Б).
260. А).
261. А). Б).
262. А).
263. А).
264. А).
265. А).
266. А).
267. А). Б). В).
268. А). Б). В).
269. А). Б). В).
270. А). Б).
271. А).
272. А).
273. А).
274. А).
275. А).
276. А). Б).
277. А). Б).
278. А).
279. А). Б). В).
280. А). Б). В).
281. А). Б). В).

¹Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

²Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г

⁴Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023 г.

- 282. А).
- 283. А). Б). В).
- 284. А). Б). В).
- 285. А).
- 286. А). Б). В).
- 287. А). Б). В).
- 288. А). Б). В).
- 289. А). Б). В).
- 290. А). Б). В).
- 291. А). Б).
- 292. А). Б). В).
- 293. А). Б).
- 294. А). Б).
- 295. А). Б).
- 296. А). Б).
- 297. А).
- 298. А). Б).
- 299. А). Б). В).
- 300. А). Б). В).
- 301. А). Б). В).
- 302. А). Б).

Перечень вопросов для II этапа итоговой (государственной итоговой) аттестации в ординатуре по специальности 31.08.20. Психиатрия

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 нейрорептического 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.
25. Методы коррекции гиперпролактинемии.
26. Виды режимов наблюдения в психиатрическом стационаре.
27. Особенности и способы применения мер физического стеснения в психиатрии.
28. Первое поколение антипсихотиков: механизм действия, основные представители, наиболее распространенные побочные эффекты.
29. Второе поколение антипсихотиков: механизм действия, основные представители, наиболее распространенные побочные эффекты.
30. Третье поколение антипсихотиков: механизм действия, основные представители, наиболее распространенные побочные эффекты.
31. Моноаминовая теория развития депрессий и особенности подбора терапии антидепрессантами в соответствии с ней.
32. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина: механизм действия, основные представители, наиболее распространенные побочные эффекты.
33. Тактика подбора антипсихотической терапии в зависимости от преобладающей симптоматики.
34. Нормотимики: основные представители группы, особенности подбора терапии.
35. Преодоление резистентности при лечении шизофрении.
36. Основные лабораторные и инструментальные показатели, подлежащие контролю при проведении психофармакотерапии.
37. Особенности проведения психофармакотерапии при беременности.

¹Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

²Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г.

⁴Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023 г.

38. Купирование психотических расстройств и бессонницы у пожилых пациентов.
39. Особенности фармакотерапии в детском возрасте. Основные психофармакологические препараты, одобренные для применения в детском возрасте.
40. Место атипичных антипсихотиков в лечении биполярного аффективного расстройства и рекуррентных депрессий.
41. Купирующая терапия при шизофрении. Парентеральные формы антипсихотиков.
42. Антипсихотики пролонгированного действия: показания к применению, основные представители, тактика подбора терапии.
43. Коррекция медикаментозной гипотонии.
44. Особенности ухода за дементными и ослабленными пациентами.
45. Тактика подбора терапии при болезни Альцгеймера.
46. Лечение задержки речевого развития.
47. Виды амбулаторного наблюдения в психиатрии, их особенности.
48. Особенности лечения пациентов с кататоническим синдромом.
49. Тактика лечения пациентов с отказом от приема пищи.
50. Тактика лечения пациентов с суицидальным риском.
51. Место психотерапии в лечении психических расстройств.
52. Дифференциальная диагностика истероформных и эпилептиформных судорожных приступов, отличия базовой терапии.
53. Особенности ведения медицинской документации недееспособных пациентов, пациентов, состоящих на АДН и АПНЛ в стационаре.
54. Особенности оформления медицинской документации при назначении препаратов, подлежащих предметно-количественному учету, препаратов, не входящих в стандарты терапии.
55. Особенности ведения медицинской документации пациентов, находящихся на листе нетрудоспособности.
56. Порядок оформления пациента в учреждение социального обслуживания.
57. Виды принудительного лечения и учреждений, которые его осуществляют.
58. Основные методики исследования памяти и интеллекта.
59. Основные методики исследования личностных особенностей.
60. Основные методики исследования особенностей мышления.

Перечень вопросов для III этапа итоговой (государственной итоговой) аттестации в ординатуре по специальности 31.08.20. Психиатрия

Раздел «Общие вопросы психиатрии»:

1. Предмет и задачи психиатрии, ее отношение к другим разделам медицинской науки и психологии.
2. Основные положения Закона о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании.
3. Организация стационарной психиатрической помощи. Показания к госпитализации психических больных
4. Организация амбулаторной психиатрической помощи.
5. Виды амбулаторного наблюдения.
6. Предупреждение общественно-опасных деяний психически больных.
7. Правовые аспекты госпитализации, содержания и выписки из психиатрического стационара.
8. Судебно-психиатрическая экспертиза. Критерии вменяемости.
9. Трудовая экспертиза лиц с психическими заболеваниями.
10. Военно-врачебная экспертиза лиц с психическими заболеваниями.

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

¹Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

²Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г

⁴Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023 г.

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.
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. Клиническая характеристика, течение, прогноз
3. Психические нарушения при болезни Пика. Клиническая характеристика, течение, прогноз
4. Психические нарушения при черепно-мозговых травмах. Классификация, клинические проявления в различные периоды болезненного процесса
5. Психические нарушения инфекционного генеза (сифилис, энцефалиты, СПИД). Клинические особенности.
6. Психические расстройства сосудистого генеза. Общая характеристика. Клиника
7. Психические нарушения при внутричерепных опухолях. Клиническое особенности.
8. Эпилепсия. Этиология, патогенез заболевания. Классификация. Клинические проявления пароксизмальных состояний. Изменение личности при эпилепсии.
9. Эпилептические психозы. Клиника, диагностика, лечение.
10. Шизофрения. Определение. Классификация. Этиология и патогенез
11. Шизотипическое расстройство. Клиника. Особенности течения
12. Основные клинические формы шизофрении: параноидная, простая, кататоническая, гебефреническая. Клиника.
13. Шизоаффективные расстройства. Клиника. Общие черты и различия от биполярного аффективного расстройства
14. Биполярное аффективное расстройство. Клинические проявления. Варианты течения.
15. Понятие маскированной (соматизированной) депрессии. Клиническая характеристика, принципы дифференциальной диагностики с соматическими заболеваниями. Циклотимия
16. Реактивные психозы. Острые реакции: аффективно-шоковые и истерические реактивные психозы. Клинические проявления
17. Затяжные реактивные психозы: реактивная депрессия, реактивный параноид. Клинические проявления
18. Неврозы. Клинические проявления. Критерии диагностики. Этиология, роль личности и среды в возникновении неврозов
19. Неврастения. Клинические проявления.
20. Обсессивно-фобический невроз. Клинические проявления.
21. Истерия. Клинические проявления.
22. Паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство. Клиника, диагностика, лечение.

¹Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

²Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г.

⁴Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023 г.

23. Соматоформные психические расстройства. Клиника, диагностика, лечение.
24. Посттравматическое стрессовое расстройство, клиника, диагностика, лечение.
25. Расстройства зрелой личности и поведения (психопатии). Определение. Систематика. Отличие от акцентуации характера.
26. Клинические проявления параноидного, шизоидного, сенситивного расстройств личности.
27. Клинические проявления эмоционально-лабильного, диссоциального, эпилептоидного расстройства личности
28. Клинические проявления истерического, циклотимического, неустойчивого, ананкастного расстройства личности.
29. Умственная отсталость: диагностические критерии. Лечение поведенческих нарушений.
30. Простое, атипичное, патологическое опьянение.
31. Психофармакотерапия: принципы проведения.
32. Нейролептики: классификация, принципы применения.
33. Антидепрессанты: классификация, принципы применения.
34. Транквилизаторы: классификация, принципы применения.
35. Нейролептический синдром: клиника, методы купирования. Понятие о корректорах.
36. Серотониновый синдром: клиника, методы коррекции.
37. Нормотимики: основные представители, показания к применению.
38. Ноотропы: классификация, показания к применению.
39. Противодementные препараты: классификация, принципы применения.
40. Электросудорожная терапия, инсулинокоматозная терапия: показания, принципы применения.

Раздел «Неотложные состояния в психиатрии»

1. Острая интоксикация алкоголем. Простое (типичное) и атипичное алкогольное опьянение. Диагностика степени алкогольного опьянения. Патологическое алкогольное опьянение, диагностика.
2. Диагностика и купирование злокачественного нейролептического синдрома.
3. Купирование приступа фебрильной шизофрении.
4. Тактика лечения абстинентного синдрома при наркоманиях.
5. Методика купирования психомоторного возбуждения: маниакального, кататонического, гебефренического.
6. Методика купирования различных видов возбуждения: при алкогольном делирии, остром алкогольном галлюцинозе.
7. Тактика лечения острых алкогольных энцефалопатий.
8. Лечение алкогольного абстинентного синдрома.
9. Тактика лечения острой интоксикации при токсикоманиях.
10. Серийные, abortивные припадки. Эпилептический статус, клинические проявления. Методы купирования.

Типовые ситуационные задачи, выносимые на ВЫНОСИМЫЕ НА III этап итоговой (государственной итоговой) аттестации по специальности 31.08.20. Психиатрия

Типовые ситуационные задачи:

Ситуационная задача №1¹

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.

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.

¹Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

²Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г.

⁴Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023 г.

3. Предварительный диагноз.

Ситуационная задача №2¹

Мужчина, 18 лет. Наследственность психопатологически не отягощена. Беременность матери протекала без патологии. В раннем развитии – без особенностей. Посещал ДООУ. 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 №3¹

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 спецкаремта.

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 №4¹

4. Мужчина, 39 лет. Наследственность не отягощена. 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 внутримозговых гематом. В течение полугода после выписки получал амбулаторное лечение у неврологов по месту жительства (по поводу сенсорной и моторной афазии, развернутых эпилептических 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 спецкарета.

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.

¹Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

²Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г.

⁴Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023 г.

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

Ситуационная задача №5¹

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 №6¹

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 №7¹

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 выходе из состояния отмечалась полная амнезия.

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

Ситуационная задача №8¹

Мужчина, 25 лет. Наследственность не отягощена. 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 оглувленное, речь косноязычная, изъясняется простыми фразами. Эмоционально лабилен, раздражителен. Не отрицает, что убежал из дома: «погулять хотел». Примитивен, суждения незрелые.

¹Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

²Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г.

⁴Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023 г.

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 №9¹

Мужчина, 74 года. Наследственность не отягощена. 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 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 №10¹

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 №11²

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 №12²

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

¹Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

²Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г.

⁴Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023 г.

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 №13²

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 №14²

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 №15²

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.

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

Ситуационная задача №16²

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 №17²

¹Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

²Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г.

⁴Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023 г.

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 №18²

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 №19²

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 №20²

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 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

¹Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

²Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г.

⁴Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023 г.

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 №21³

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 №22³

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 речки 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 №23. ³

Пациент С., 37 лет. Наследственность манифестными психозами неотягощена. 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 ей 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.

¹Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

²Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г.

⁴Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023 г.

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

Ситуационная задача №24. ³

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. 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. Винала 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 аборты. 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 толосом, ответы дает после длительной паузы, односложные. Сообщает, что слышит детский плач за стеной; считает, что из-за нее убивают детей. Высказывает идеи самообвинения, самоуничужения. 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 №25³

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 №26³

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,

¹Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

²Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г.

⁴Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023 г.

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 №27³

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 №28³

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 №29³

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 №30³

¹Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

²Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г.

⁴Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023 г.

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.

ОТВЕТЫ К КЛИНИЧЕСКИМ ЗАДАЧАМ

Эталон ответа к задаче №1

1. Назовите симптомы. Слуховые псевдогаллюцинации, обонятельные галлюцинации, сенестопатии, нигилистический бред, эмоционально-волевое снижение
2. Укажите синдром. Галлюцинаторно-параноидный.
3. Предварительный диагноз. Параноидная шизофрения, непрерывно-прогредиентное течение. Галлюцинаторно-параноидный синдром на фоне эмоционально-волевого дефекта.

Эталон ответа к задаче №2

1. Назовите симптомы. Тревога, слуховые псевдогаллюцинации, моторные и идеаторные автоматизмы, бредовые идеи воздействия.
2. Укажите синдром. Синдром Кандинского-Клерамбо.

3. Предварительный диагноз. Параноидная шизофрения, период наблюдения менее года. Галлюцинаторно-параноидный синдром.

Эталон ответа к задаче №3

1. Назовите симптомы. Повышенный фон настроения, ускорение ассоциативного процесса, повышенная моторная активность, неустойчивость внимания. Приступ повторный с полноценной интермиссией.

2. Укажите синдром. Маниакальный.

3. Предварительный диагноз. Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод мании без психотических симптомов.

Эталон ответа к задаче №4

1. Назовите симптомы. Сенсомоторная афазия, эпи-приступы, аффективная неустойчивость, заострение личностных черт по органическому типу, в алкогольном опьянении усугубляется эксплозивность вплоть до агрессии (атипичное опьянение). Учитывая тяжесть травмы и наличие 2 группы инвалидности, интеллектуально-мнестическое снижение наиболее вероятно в выраженной степени (но требуется уточнение при экспериментально-психологическом исследовании).

2. Укажите синдром. Психоорганический синдром, эксплозивный вариант.

3. Предварительный диагноз. Органическое расстройство личности и поведения в связи с ЧМТ в форме выраженного психоорганического синдрома, эксплозивного варианта, с развернутыми эпилептиформными приступами средней частоты по анамнезу. Декомпенсация на фоне алкоголизации. Атипичное алкогольное опьянение.

Эталон ответа к задаче №5

1. Назовите симптомы. высокая толерантность к седативным препаратам, ежедневное употребление, аффективные и психопатоподобные расстройства в случае отмены или снижения дозировки препаратов, вызвавших зависимость

2. Укажите синдром. Синдром зависимости от седативных или снотворных средств

3. Предварительный диагноз. Синдром зависимости от седативных или снотворных средств, 2-я, активная, стадия зависимости.

Эталон ответа к задаче №6

1. Назовите симптомы. Бредовые идеи величия, слуховые псевдогаллюцинации, разорванность мышления.

¹Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

²Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г.

⁴Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023 г.

2. Укажите синдром. Парафренный.

3. Предварительный диагноз. Параноидная шизофрения, непрерывный тип течения. Парафренный синдром.

Эталон ответа к задаче №7

1. Назовите симптомы. Помрачение сознания, двигательное возбуждение, агрессия с полной амнезией в дальнейшем.

2. Укажите синдром. Патологическое опьянение (эквивалент сумеречного помрачения сознания).

3. Предварительный диагноз. Патологическое опьянение.

Эталон ответа к задаче №8

1. Назовите симптомы. Интеллектуальное недоразвитие умеренной степени, эмоциональная неустойчивость, бродяжничество, конкретность мышления.

2. Укажите синдром. Психопатоподобный.

3. Предварительный диагноз. Умеренная умственная отсталость со значительными нарушениями поведения.

Эталон ответа к задаче №9

Эталоны 1. Назовите симптомы. Истинные галлюцинации, вторичный галлюциаторный бред, снижение памяти (степень снижения по тексту уточнить сложно), обстоятельность, тугоподвижность мышления.

2. Укажите синдром. Галлюциаторный.

3. Предварительный диагноз. Органический галлюциноз в связи со смешанными заболеваниями (менингиома, церебросклероз) на фоне интеллектуально-мнестического снижения.

Эталон ответа к задаче №10

1. Назовите симптомы. Эмоциональная лабильность, алгии, желудочно-кишечные расстройства

2. Укажите синдром. Абстинентный

3. Предварительный диагноз: Синдром зависимости от опиатов, 2-я, активная, стадия зависимости. Абстинентный синдром.

Эталон ответа к задаче №11

1. Назовите симптомы. Вегетативные расстройства, как эквивалент тревоги, ипохондрия, личность истероидная.

2. Укажите синдром. Тревожный.

3. Предварительный диагноз. Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы у истероидной личности.

Эталон ответа к задаче №12

1. Назовите симптомы. Запойное пьянство, снижение толерантности. Систематизированный монотематический бред.

2. Укажите синдром. Паранойяльный. Синдром зависимости от алкоголя.

3. Предварительный диагноз. Преимущественно бредовое расстройство в связи с употреблением алкоголя (алкогольный бред ревности). Синдром зависимости от алкоголя, 3-я, активная, стадия зависимости.

Эталон ответа к задаче №13

1. Назовите симптомы. Резко сниженный фон настроения, четкая взаимосвязь с психотравмирующей ситуацией, содержание переживаний связано с ситуацией.

2. Укажите синдром. Депрессивный.

3. Предварительный диагноз. Реактивная депрессия (в МКБ-10 ближе всего в данной ситуации будет «Депрессивный эпизод средней степени»).

Эталон ответа к задаче №14

1. Назовите симптомы. Повышенный фон настроения, снижение потребности во сне, речедвигательное возбуждение, ускорение ассоциативного процесса, непродуктивная деятельность. Эпизод повторный, отмечаются интермиссии.

2. Укажите синдром. Маниакальный.

3. Предварительный диагноз. БАР, текущий эпизод мании без психотических симптомов.

Эталон ответа к задаче №15

1. Назовите симптомы. Резко сниженный фон настроения, «витальность» аффекта. Суицидальная настроенность. Эпизод повторный.

2. Укажите синдром. Депрессивный.

3. Предварительный диагноз. Рекуррентное депрессивное расстройство. Текущий эпизод тяжелой степени без психотических симптомов.

Эталон ответа к задаче №16

1. Назовите симптомы. Систематизированный бред

¹Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

²Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г.

⁴Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023 г.

2. Укажите синдром. Паранойяльный.
3. Предварительный диагноз. Хроническое бредовое расстройство.

Эталон ответа к задаче №17

1. Назовите симптомы. Истинные слуховые галлюцинации, вторичный галлюцинаторный бред.
2. Укажите синдром. Галлюцинаторный.
3. Предварительный диагноз. Органический галлюциноз.

Эталон ответа к задаче №18

1. Назовите симптомы. Непрерывное пьянство с высокой толерантностью, злоупотребление алкоголем около 20 лет. На фоне отмены алкоголя делириозное помрачение сознания.
2. Укажите синдром. Синдром зависимости от алкоголя 2 ст. Алкогольный делирий.
3. Предварительный диагноз. Синдром зависимости от алкоголя, вторая стадия зависимости. Синдром отмены алкоголя с делирием.

Эталон ответа к задаче №19

1. Назовите симптомы. Истерические припадки, астазия-абазия, ипохондрия, демонстративность, эмоциональная незрелость.
2. Укажите синдром. Невротический.
3. Предварительный диагноз. Истерический невроз.

Эталон ответа к задаче №20

1. Назовите симптомы. Обсессии (навязчивые опасения), компульсии (ритуалы)
2. Укажите синдром. Обсессивно-компульсивный.
3. Предварительный диагноз. ОКР.

Эталон ответа к задаче №21

1. Назовите симптомы. Двойная ориентировка, зрительные псевдогаллюцинации фантастического содержания, поглощенность переживаниями вплоть до двигательного оцепенения, каталепсия,
2. Укажите синдром. Онейроидно-кататонический.
3. Предварительный диагноз. Кататоническая шизофрения.

Эталон ответа к задаче №22

1. Назовите симптомы. Глубокая дезориентировка с сохранностью привычных автоматизированных действий (амбулаторные автоматизмы в форме транса), внезапное возникновение, амнезия.
2. Укажите синдром. Сумеречное помрачение сознания.
3. Предварительный диагноз. Эпилептический психоз в форме сумеречного помрачения сознания.

Эталон ответа к задаче №23

1. Назовите симптомы. Повышенный фон настроения, ускорение ассоциативного процесса, двигательное возбуждение, непродуктивная деятельность, сниженная потребность во сне, снижение веса при достаточном или повышенном аппетите. Ранее отмечалось противоположное состояние с интермиссией.
2. Укажите синдром. Маниакальный.
3. Предварительный диагноз. БАР, текущий эпизод мании без психотических симптомов.

Эталон ответа к задаче №24

1. Назовите симптомы. Повторный эпизод. Резко сниженный фон настроения, идеомоторная заторможенность, суицидальные мысли, истинные галлюцинации, бредовые идеи самоуничтожения.
2. Укажите синдром. Депрессивно-параноидный.
3. Предварительный диагноз. Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами.

Эталон ответа к задаче №25

1. Назовите симптомы. Снижение памяти на всех этапах, амнестическая и семантическая афазия, логоклонии, агнозия, акалькулия.
2. Укажите синдром. Дементный.
3. Предварительный диагноз. Деменция при болезни Альцгеймера с ранним началом.

Эталон ответа к задаче №26

1. Назовите симптомы. Парейдолические иллюзии, истинные зрительные галлюцинации, тревога.
2. Укажите синдром. Делириозное помрачение сознания

¹Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2020-2021 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5Д от 09.06.2020 г.

²Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2021-2022 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №5 от 25.06.2021 г.

³Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2022-2023 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол № 5 от 17.05.2022 г.

⁴Протокол дополнений и изменений к рабочей программе ФОС для ИГА по специальности 31.08.20 Психиатрия 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО, протокол №12 от 29.06.2023 г.

3. Предварительный диагноз. Делирий в связи с неуточненным заболеванием. Наиболее вероятен синдром отмены алкоголя с делирием, однако необходимо уточнение наркологического анамнеза.

Эталон ответа к задаче №27

1. Назовите симптомы. Пароксизмальная тревога (приступы паники, сопровождающиеся бурными вегетативными реакциями, страхом смерти, ипохондрия).

2. Укажите синдром. Тревожный.

3. Предварительный диагноз. Паническое расстройство.

Эталон ответа к задаче №28

1. Назовите симптомы. Интравертированность, эмоциональная холодность, неспособность понимать чужие эмоции, стабильность состояния (отсутствие выраженной динамики), тотальность проявлений во всех сферах жизнедеятельности, социальная дезадаптация.

2. Укажите синдром. --

3. Предварительный диагноз. Шизоидное расстройство личности.

Эталон ответа к задаче №29

1. Назовите симптомы. Педантичность, придирчивость, угодливость со старшими по должности, в то же время аффективная неустойчивость, вплоть до агрессии, в адрес более слабых, злопамятность, мстительность.

2. Укажите синдром.---

3. Предварительный диагноз. Эпилептоидное расстройство личности.

Эталон ответа к задаче №30

1. Назовите симптомы. Фиксационная амнезия, антероградная амнезия, парамнезии

2. Укажите синдром. Корсаковский (амнестический)

3. Предварительный диагноз. Органический амнестический синдром в связи с ЧМТ.