

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«РОССИЙСКИЙ БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ (РОСБИОТЕХ)»**

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ

«ПСИХИАТРИЯ, МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

Уровень образования:		Специалитет
Специальность		31.05.01 Лечебное дело
Направленность программы		Лечебное дело
Форма обучения		Очная
Срок освоения образовательной программы в соответствии с ФГОС (очная форма)		6 лет
Год начала подготовки		2023 г.
В соответствии с утвержденным УП:		Протокол № 14 от 07.08.2023 г.
	шифр и наименование дисциплины	Б1.О.34 Психиатрия, медицинская психология
	семестры реализации дисциплины	7 семестр
	форма контроля	Экзамен

г. Москва 2023 г.

1. Область применения.

Фонд оценочных средств (ФОС) является неотъемлемой частью программы дисциплины при реализации основной профессиональной образовательной программы (ОПОП) высшего образования (ВО) по специальности:

31.05.01 Лечебное дело

Направленность: Лечебное дело

Оценочные фонды разрабатываются для проведения оценки степени соответствия фактических результатов обучения при изучении дисциплины запланированным результатам обучения, соотнесенных с установленными в программе индикаторами достижения компетенций, а также сформированности компетенций, установленных программой специалитета.

Таблица 1

Паспорт фонда оценочных средств

Индекс и содержание компетенции	Индикатор достижения компетенции	Планируемые результаты обучения
ОПК – 4 Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза	ОПК-4.2 Применяет медицинские изделия в соответствии с порядком оказания медицинской помощи	Знать медицинские манипуляции, экологические и социальные факторы, которые могут являться причиной возникновения у человека психических расстройств
	ОПК-4.3 Проводит обследование пациента для установления диагноза	Уметь сформулировать предварительное заключение о состоянии психически больного и грамотно составить направление в психиатрическое или наркологическое учреждение
		Практический опыт применения медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи
ОПК – 7 Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности	ОПК-7.2 Использует современные принципы лечения заболеваний и состояний в профессиональной деятельности	Знать основные психотропные лекарственные средства, принципы их подбора, противопоказания к их назначению, возможные побочные эффекты
	ОПК-7.3 Осуществляет контроль эффективности и безопасности назначенного лечения	Уметь использовать и применять на практике все известные методы оценки морфофункционального состояния организма человека
		Практический опыт грамотного и психотерапевтического построения беседы с больными различного профиля и их родственниками с учетом их личностных особенностей, осведомленности и ведущих мотивов
ПК – 2 Способен проводить	ПК-2.1 Осуществляет сбор жалоб,	Знать основные симптомы и синдромы психических

обследование пациента с целью установления диагноза	анамнеза жизни и заболевания пациента, проведение полного физикального обследования; формирует предварительный диагноз и составляет план обследования ПК-2.2 Проводит дифференциальную диагностику заболеваний внутренних органов от других заболеваний ПК-2.3 Устанавливает диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) ПК-2.4 Использует медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи	расстройств, их диагностическое значение, роль этих синдромов в выработке врачебной тактики Уметь собрать субъективные и объективные анамнестические сведения о психически больном и провести их предварительный анализ Практический опыт проведения индивидуальной комплексной оценки психического здоровья	
	ПК – 3 Способен назначить лечение и контролировать его эффективность и безопасность	ПК-3.1 Составляет план лечения заболевания / состояния пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи ПК-3.2 Назначает лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской	Знать возможности применения лекарственных средств для лечения, реабилитации и профилактики психических расстройств, возможные токсические эффекты действия лекарственных средств Уметь назначать психотропные препараты (из круга мягко действующих средств, рекомендованных для применения в условиях амбулаторной практики), купировать психомоторное возбуждение, алкогольный делирий, эпилептические припадки и эпилептический статус, панические атаки, предупреждать гетероагрессивные и суицидальные акты, преодолевать отказ от еды, корректировать расстройства сна

	помощи ПК-3.3 Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения	Практический опыт применения основных методов психокоррекции, психотерапии и психофармакотерапии в лечебно - профилактической и реабилитационной работе
--	---	---

2. Цели и задачи фонда оценочных средств.

Целью ФОС является установление соответствия уровня подготовки обучающихся требованиям федерального государственного образовательного стандарта ФГОС ВО по ОПОП.

ФОС предназначен для решения задач контроля достижения целей реализации ОПОП ВО и обеспечения соответствия результатов обучения области, сфере, объектам профессиональной деятельности, области знаний и типам задач профессиональной деятельности.

3. Перечень оценочных средств, используемых для оценивания сформированности компетенций, критерии и шкалы оценивания в рамках изучения дисциплины.

3.1. Оценочные материалы для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации (с ключом ответов).

7 семестр изучения в соответствии с УП форма промежуточной аттестации – экзамен	
Код и наименование проверяемой компетенции:	ОПК – 4 Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза
	ОПК-4.2 Применяет медицинские изделия в соответствии с порядком оказания медицинской помощи
	ОПК-4.3 Проводит обследование пациента для установления диагноза

Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

Практико-ориентированные задания (ситуационные задачи).

Задача № 1

Больная З., 40 лет, родилась и выросла в деревне. Отец и мать строго контролировали каждый шаг детей, настаивая на беспрекословном выполнении всех своих требований, лишая их самостоятельности даже в малом, и расценивали это как проявление заботы о них. Под влиянием такого воспитания больная росла послушной, замкнутой и стеснительной. Еще в школе испытывала страх при ответах на уроках из-за боязни совершить ошибку, что отрицательно сказывалось на возможности реализовать свои способности. После окончания школы осталась работать в совхозе дояркой. Была очень чувствительной к замечаниям окружающих о своей работе, с которой справлялась успешно. Замуж вышла без любви, по настоянию родителей, однако к мужу относилась хорошо, потому, что испытывала к нему чувство благодарности за любовь к ней и ребенку. На пятом году совместной жизни с мужем встретила с другим человеком и полюбила его. Он потребовал, чтобы больная разошлась с

мужем и вступила с ним в брак. Не могла принять решения, мучительно колеблясь между желанием оставить мужа и жить с человеком, которого любила, и стремлением сохранить семью, за что считала себя «грязной». Однажды при трудном для нее разговоре с мужем она машинально стряхнула с платья крошку хлеба. Показалось, что крошка не упала, стряхнула еще раз. С тех пор возникло навязчивое желание стряхивать с себя «грязь». В этот же период появился навязчивый страх «загрязнения», целыми днями мыла руки, стирала, чистила комнату, вынуждена была оставить работу, а затем ограничила круг общения. Из-за страха «загрязнения» ей стало трудно общаться с мужем и ребенком. С этими жалобами была направлена в отделение неврозов.

Вопрос: назовите основной метод лечения: 1. Психотерапия 2. Транквилизаторы 3. Нейролептики 4. Антидепрессанты 5. Ноотропы.

Ответ: 1

Задача № 2

Больной С., 42 лет, вырос в семье, где лавной задачей в жизни считали достижение личного успеха, «положения в обществе». Хотя у больного были ограниченные способности и учеба давалась с определенным трудом, из-за требований родителей он всячески стремился превзойти в учебе своих товарищей, затрачивал на это массу усилий. После окончания школы поступил в институт, опять-таки по желанию родителей. Занятия в институте требовали еще больших усилий для выполнения даже обычных заданий. Много занимался, нередко в ночное время. Окончив институт, поступил работать на завод сменным инженером. Как только освободилась должность начальника цеха, начал ее активно добиваться, несмотря на то, что профиль цеха не соответствовал полученной им в институте специальности и не вызывал особого интереса. К тому же он не имел достаточного организаторского опыта. Естественно, поэтому, став начальником цеха, он столкнулся с большими трудностями. Коллектив перестал выполнять производственные задания, что вызывало справедливые нарекания и критику со стороны администрации и товарищей по работе. Пытаясь сохранить личный престиж, компенсировал недостаток опыта и знаний резкой интенсификацией своей деятельности. Хотя работа по-прежнему не ладилась, он не смог признать себе в том, что сам виноват в возникшей ситуации и не в состоянии справиться со своими новыми обязанностями. Именно в этот период у него и появились головные боли, бессонница, раздражительность, быстрая утомляемость, резко снизилась работоспособность, из-за чего он и поступил в отделение неврозов.

Вопрос: назовите основной метод лечения: 1. Транквилизаторы 2. Психотерапия 3. Нейролептики 4. Антидепрессанты 5. Ноотропы.

Ответ: 2

Задача №3

Больной Х., 30 лет. Рос и развивался удовлетворительно, но родители постоянно интересовались состоянием его здоровья и при малейшем недомогании укладывали в постель, поэтому он еще с детских лет привык прислушиваться даже к незначительным изменениям своего физического состояния, самочувствия, отличался непереносимостью любой боли и даже просто легкого недомогания. Взрослые постоянно потакали всем его капризам и старались ни в чем не отказывать. С детских лет обучался музыке и при этом считался будущим музыкальным гением. После окончания школы он с успехом закончил консерваторию, стал пианистом и выступал с сольными концертами. Однако к 30 годам обнаружилось, что хотя он и способный музыкант, но далеко не оправдал ожиданий семьи и друзей, ожиданий, в которые верил сам. В этот период перенес ангину с высокой температурой, почувствовал болезненные ощущения в области сердца и длительное время находился на больничном листе. В связи с тем, что боли не прекращались, поступил в

больницу. После тщательного обследования в больнице боли квалифицировались как невротические. После выписки боли в сердце продолжались и заставили его прекратить «напряженную» концертную деятельность, так как, по мнению родных, «тяжелая болезнь сердца мешает его карьере выдающегося пианиста». К моменту поступления в отделение неврозов отмечались частые приступы болей в области сердца, сопровождавшиеся страхом смерти. Больной постепенно исключил из своей жизни все то, что, по его представлениям, могло неблагоприятным образом отразиться на деятельности сердца.

Вопрос: какое лечение не показано больному: 1. Психотерапия 2. Транквилизаторы 3. Антидепрессанты 4. Нормотимики 5. Нитраты.

Ответ: 5

Задача №4

Больная Ф., 40 лет, инвалид. При поступлении жалобы на головную боль, головокружение, тошноту и рвоту после приема пищи, невозможность ходить, стоять, судорожные подергивания мышц туловища и верхних конечностей, раздражительность, плохой сон. Мать умерла рано. Мачеха не любила детей мужа. Больная с детских лет отличалась самостоятельностью, упрямством, старалась делать все на зло мачехе. После смерти отца воспитывалась в детском доме, где после конфликтов с воспитателем несколько раз теряла зрение. Вышла замуж, родила ребенка. С мужем разошлась («не сошлись характером»). Вышла замуж, имеет от 2 брака ребенка 8 лет. Работала буфетчицей. Заболевание началось в 37 лет на фоне семейных неурядиц, конфликтных отношений с мужем и плохого поведения дочери. Во время семейной ссоры муж ударил больную. Со слов больной была кратковременная потеря сознания, тошнота, рвота, которые не прекращались в течение 3 месяцев лечения в больнице и судебного разбирательства дела, в результате которого муж был приговорен к тюремному заключению. После выписки из больницы состояние было удовлетворительным, однако вскоре после того, как в магазине, которым заведовала больная, была обнаружена серьезная недостача, вновь возобновилась головная боль, тошнота и рвота. Во время пребывания в стационаре узнала, что мужа досрочно освободили. У больной развилась астазия-абазия, которая не прошла после долгого лечения, и она переведена на инвалидность. При поступлении: астазия-абазия, двусторонняя атрофия мышц бедер и голени. В беседе раздражительна, вспыльчива, претенциозна. Склонна к истерическим реакциям в виде рыданий, общего дрожания, рвоты. Память и интеллект не нарушены.

Вопрос: какое обследование не показано больной: 1. Неврологическое 2. Психологическое 3. Общесоматическое 4. Электроэнцефалография (ЭЭГ) 5. Эндоскопическое.

Ответ: 5

Задача № 5

Больной С., 44 года, инженер-геофизик. При поступлении жалобы на общее недомогание, повышенную потливость, часто возникающее сердцебиение, плохой сон, чувство внутреннего напряжения, изжогу, неприятные ощущения в эпигастрии. Отец – инженер, активный, энергичный, экстраверт по характеру. Мать – врач, мягкая, уступчивая, малообщительная, полностью посвятившая себя семье. С ранних лет тенденция во всем подражать отцу, быть лидером в среде сверстников. Однажды больной стал невольным свидетелем свидания отца с другой женщиной. Вскоре отец на несколько месяцев покинул семью. После его возвращения внешне сохранил с ним хорошие отношения, однако, решил никогда не быть таким как он. После окончания института работал инженером в геофизической лаборатории, а после защиты диссертации – ее начальником. Женился в 25 лет не испытывая сильной влюбленности. Жена нравилась своим спокойным характером, умением поддержать в трудных ситуациях. Появилось двое детей. В 29 лет обнаружены

язвенная болезнь 12-перстной кишки и хронический гастрит. Началу заболевания предшествовало страстное увлечение замужней женщиной. Эти отношения приняли двойственный характер: больного постоянно тяготили необходимость скрывать свои отношения от жены, «угрызения совести», потеря всех своих прежних идеалов. И когда он был поставлен перед дилеммой оформить новый брак или порвать отношения, то решил сохранить прежнюю семью. С этого времени дом стал раздражать, появилась скрытая неприязнь к жене, хотя больной понимал необоснованность своих претензий к жене и внешне старался вести себя корректно. Стал больше времени уделять работе, что не приводило к хорошим результатам. Появились повышенная утомляемость, неприятные ощущения в области сердца.

Вопрос: какое лечение не показано больному: 1. Витаминотерапия 2. Транквилизаторы 3. Антидепрессанты 4. Ноотропы 5. Коронаролитические средства.

Ответ: 5

Задача № 6

Больной Х., 43 года. Поступил в клинику с жалобами на боли в области сердца, приступ сердцебиения, сопровождающиеся страхом смерти от внезапной остановки сердца. Точно указывает день начала заболевания, когда впервые почувствовал сердцебиение, резкую слабость, нехватку воздуха, побледнел. АД - 180/100 мм. рт. ст. Стал испытывать страх за свое здоровье. Последние 2-3 года до начала заболевания больной стал злоупотреблять крепкими спиртными напитками (водка), сформировался похмельный синдром. Накануне заболевания принял несколько большую дозу алкоголя. Наутро болела голова, потеря аппетита, общее недомогание. Затем в душном помещении возник приступ, описанный выше. С этого времени стал прислушиваться к ощущениям в области сердца, измерять пульс, ограждать себя от физического труда. Лечился в больнице, в отделении санаторного типа. Выписался с улучшением, однако мысли о болезни сердца, возможной его остановке, не покидали больного. Неоднократно обращался к терапевтам, кардиологам, невропатологам, освобождался от работы по поводу вегетососудистой дистонии. Чрезмерный страх за сердце вынуждал пациента ограничивать передвижение сначала в метро, потом и в наземном транспорте. Отказался от путевки на юг, перестал ездить к матери, сменил работу ближе к дому, реже выходил из дому, перестал ходить в кино, магазин. Даже выходил из дома только в сопровождении жены.

Вопрос: укажите основной вид терапии: 1. Нейролептики 2. Антидепрессанты 3. Ноотропы 4. Транквилизаторы 5. Психотерапия.

Ответ: 5

Задача № 7

Больной Ш., 14 лет, болен с 9 лет. Страдает спонтанными фокальными судорогами (миоклонии или клонии в ограниченной области), иногда усиливающимися от сенсорных стимулов и движения, которые могут продолжаться часы, дни. Состояние фармакорезистентно. ЭЭГ- Эпилептиформные разряды в моторной коре контрлатерально судорогам. Психика – без особенностей Неврология – гемипарез, гемигипестезия соответствуют поражению коры, ЯМРТ головного мозга – опухоль.

Возможная терапия: 1. Карбамазепин 2. Депакин 3. Хирургическое вмешательство 4. Вальпроат +АКТГ+ бензодиазепины 5. Все перечисленное

Ответ: 3

Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

Тестовые задания

Правильный ответ на тестовое задание отмечен +

1. Возникновение неправильных, ложных рассуждений, логических ошибок в умозаключениях, несопоставимых ассоциативных связей и понятий, объединение противоречивых идей и образов с произвольной заменой одних понятий другими вследствие нарушений законов и правил логики.

- +1.Паралогическое мышление
- 2.Вязкое (обстоятельное) мышление
- 3.Символическое мышление
- 4.Бегущее мышление
- 5.Резонерствующее мышление

2.Обстоятельность мышления, склонность к детализации, неумение отделить основное от второстепенного, тугоподвижность, невозможность переключиться на что-то другое, застревание на одной теме.

- 1.Разорванное мышление
- +2.Вязкое (обстоятельное) мышление
- 3.Символическое мышление
- 4.Бегущее мышление
- 5.Резонерствующее мышление

3. Замена общих понятий и образов отвлеченными знаками, важными для пациента, но нередко недоступными пониманию окружающим.

- 1.Разорванное мышление
- 2.Вязкое (обстоятельное) мышление
- +3.Символическое мышление
- 4.Бегущее мышление
- 5.Резонерствующее мышление

4. Возникновение ассоциаций часто по созвучию, течение их ускоренное и поверхностное, с преждевременным переходом к другой, но смежной теме.

- 1.Разорванное мышление
- 2.Вязкое (обстоятельное) мышление
- 3.Символическое мышление
- +4.Бегущее мышление
- 5.Резонерствующее мышление

5. Склонность к пустым, бесплодным, основанным на поверхностных формальных аналогиях рассуждениям. Стремление к демагогии, бесплодному мудрствованию по любому поводу.

- 1.Разорванное мышление
- 2.Вязкое (обстоятельное) мышление
- 3.Символическое мышление
- 4.Бегущее мышление
- +5.Резонерствующее мышление

6. Изменения памяти, характерные для маниакального синдрома.

- 1.Фиксационная амнезия
- 2.Ретроградная амнезия
- 3.Конфабуляции

- 4.Псевдореминисценции
- +5.Гипермнезия

7. Потеря способности восстановить в памяти события, предшествовавшие повреждению головного мозга.

- 1.Фиксационная амнезия
- 2.Гипермнезия
- 3.Конфабуляции
- +4.Ретроградная амнезия
- 5.Псевдореминисценции

8. Нарушение памяти, при котором пациент стремится рассказать в различных вариантах вымышленные события часто фантастического характера. Разновидность ложных воспоминаний.

- 1.Фиксационная амнезия
- 2.Ретроградная
- +3.Конфабуляции
- 4.Псевдореминисценции
- 5.Гипермнезия

9. Нарушение памяти, при котором у пациента нарушено определение времени действия реальных событий: события прошлого выдаются за настоящее.

- 1.Фиксационная амнезия
- 2.Ретроградная
- 3.Конфабуляции
- +4.Псевдореминисценции
- 5.Гипермнезия

10. Облегченные по сравнению с нормой воспоминания фактов прошлого опыта.

- 1.Фиксационная амнезия
- 2.Ретроградная
- 3.Конфабуляции
- 4.Псевдореминисценции
- +5.Гипермнезия

11. Отсутствие любых эмоциональных переживаний.

- +1.Эмоциональная тупость
- 2.Эмоциональная неадекватность
- 3.Дисфория
- 4.Амбивалентность
- 5.Слабодушие

12. Возникновение эмоций, противоположных соответствующим данной конкретной ситуации.

- 1.Эмоциональная тупость
- +2.Эмоциональная неадекватность
- 3.Дисфория
- 4.Амбивалентность
- 5.Слабодушие

13. Злобно-тоскливое настроение, часто возникающее пароксизмально.

- 1.Эмоциональная тупость
- 2.Эмоциональная неадекватность
- +3.Дисфория
- 4.Амбивалентность
- 5.Слабодушие

14. Появление в сознании одновременно двух противоположных чувств (например, любовь и ненависть)

- 1.Эмоциональная тупость
- 2.Эмоциональная неадекватность
- 3.Дисфория
- +4.Амбивалентность
- 5.Слабодушие

15. Отсутствие возможности удерживаться от чрезмерного и бурного проявления адекватных эмоций по любому незначительному поводу.

- 1.Эмоциональная тупость
- 2.Эмоциональная неадекватность
- 3.Дисфория
- 4.Амбивалентность
- +5.Слабодушие

16. Стремление к воровству при осознании нелепости и предосудительности подобного акта, сопровождающееся внутренним противоречием раздваиванием.

- +1.Клептомания
- 2.Пиромания
- 3.Ономатомания
- 4.Кляустрофобия
- 5.Дромомания

17. Влечение к поджогам при наличии сопротивления воли и осознании безрассудства подобных фактов.

- 1.Клептомания
- +2.Пиромания
- 3.Ономатомания
- 4.Кляустрофобия
- 5.Дромомания

18. Вторжение в сознание (помимо воли) желания запомнить имена, фамилии, название учреждений, городов, рек и навязчивое желание повторять их в слух.

- 1.Клептомания
- 2.Пиромания
- +3.Ономатомания
- 4.Кляустрофобия
- 5.Дромомания

19. Боязнь стесненного пространства, закрытых помещений при критическом отношении к подобным переживаниям.

- 1.Клептомания
- 2.Пиромания
- 3.Ономатомания
- +4.Кляустрофобия
- 5.Дромомания

20. Безудержное влечение к путешествиям, странствиям, бродяжничеству.

- 1.Клептомания
- 2.Пиромания
- 3.Ономатомания
- 4.Кляустрофобия
- +5.Дромомания

21. Образование ложных суждений и умозаключений о том, что окружающие люди стали плохо относиться к больному.

- +1.Бред отношения
- 2.Бред особого значения
- 3.Бред физического воздействия
- 4.Бред нигилистический
- 5.Бред самоуничижения

22. Возникновение болезненного искаженного отношения мысли к действительным, но случайным фактам, придание им иного, особенно важного смысла.

- 1.Бред отношения
- +2.Бред особого значения
- 3.Бред физического воздействия
- 4.Бред самоуничижения
- 5.Бред нигилистический

23. Ложные умозаключения пациента о том, что кто-то подвергает его тело и мозг физическому воздействию на расстоянии.

- 1.Бред отношения
- 2.Бред нигилистический
- 3.Бред самоуничижения
- +4.Бред физического воздействия
- 5.Бред особого значения

24. Образование ложных суждений и умозаключений о собственном ничтожестве, греховности, порочности.

- 1.Бред отношения
- 2.Бред особого значения
- 3.Бред физического воздействия
- +4.Бред самоуничижения
- 5.Бред нигилистический

25. Возникновение у пациента ложных идей о том, что у него сгнили или вообще отсутствуют некоторые части тела.

- 1.Бред отношения
- 2.Бред особого значения
- 3.Бред физического воздействия
- 4.Бред самоуничижения
- +5.Бред нигилистический

26. Голоса «внутри головы», с которыми пациент ведет мысленный диалог.

- 1.Мантизм
- 2.Симптом открытости мыслей
- 3.Мышечный псевдогаллюциноз
- +4.Псевдогаллюциноз
- 5.Чувство овладения

27. Непроизвольный и неподчиняемый воле наплыв мыслей, воспоминаний, образов

- +1.Мантизм
- 2.Псевдогаллюциноз
- 3.Чувство овладения
- 4.Симптом открытости мысли
- 5.Мышечный псевдогаллюциноз

28. Расстройство, при котором пациент считает, что его мысли доступны и известны всем окружающим.

- 1.Псевдогаллюциноз
- 2.Мантизм
- +3.Симптом открытости мыслей
- 4.Чувство овладения
- 5.Мышечный псевдогаллюциноз

29. Ощущение действия воли извне, управляющей душевным процессом пациента.

- 1.Симптом открытости мыслей
- 2.Мышечный псевдогаллюциноз
- +3.Чувство овладения
- 4.Псевдогаллюциноз
- 5.Мантизм

30. Расстройство восприятия, при котором пациент предъявляет жалобы на непреднамеренное произношение слов.

- 1.Псевдогаллюциноз
- 2.Мантизм
- 3.Симптом открытости мысли
- 4.Чувство овладения
- +5.Мышечный псевдогаллюциноз

31. Появление беспричинного отрицательного отношения пациента ко всякому воздействию извне в виде отказа, сопротивления или выполнения действий, противоположных заданным:

- +1.Негативизм
- 2.Ступор
- 3.Каталепсия
- 4.Мышечная ригидность
- 5.Мутизм

32. Состояние обездвиженности, оцепенения с частичным или полным мутизмом и отсутствием или снижением реакции на внешние раздражители, в том числе на болевые.

- 1.Негативизм
- +2.Ступор
- 3.Каталепсия
- 4.Мышечная ригидность
- 5.Мутизм

33. Сохранение приданного извне положения отдельных частей тела, «восковая гибкость».

- 1.Негативизм
- 2.Ступор
- +3.Каталепсия
- 4.Мышечная ригидность
- 5.Мутизм

34. Отсутствие способности изменить положение отдельных частей тела из-за напряжения мышц.

- 1.Негативизм
- 2.Ступор
- 3.Каталепсия
- +4.Мышечная ригидность
- 5.Мутизм

35. Полное молчание пациента при отсутствии нарушений со стороны речево-артикулярного аппарата.

- 1.Негативизм
- 2.Ступор
- 3.Каталепсия
- 4.Мышечная ригидность
- +5.Мутизм

36. Повышенное беззаботное настроение, благодушие, сочетающееся с беспечностью, недостаточно критическим отношением к своему состоянию; безмятежное блаженство.

- +1.Эйфория
- 2.Идеи величия
- 3.Гипермнезия
- 4.Двигательная активность
- 5.Бегущее мышление

37. Преувеличение собственных способностей и достоинств, убежденность в собственной исключительности.

- 1.Эйфория
- +2.Идеи величия
- 3.Гипермнезия
- 4.Двигательная активность
- 5.Бегущее мышление

38. Количественное нарушение памяти, при котором воспоминание облегчено и обострено.

- 1.Эйфория
- 2.Идеи величия
- +3.Гипермнезия
- 4.Двигательная активность
- 5.Бегущее мышление

39. Особое внимание при сборе анамнеза у пациента с биполярным аффективным расстройством врач должен обращать на:

- 1. Стрессовые изменения жизненных обстоятельств
- 2. Аффективные расстройства в семейном анамнезе и прошлом пациента
- 3.Попытки суицида
- 4.Лекарственную зависимость или алкоголизм
- +5.Всё вышеперечисленное.

40. Ускоренное, но поверхностное течение мыслей с повышенной отвлекаемостью.

- 1.Эйфория
- 2.Идеи величия
- 3.Гипермнезия
- 4.Двигательная активность
- +5.Бегущее мышление

41. Болезненное переживание собственной эмоциональной холодности.

- +1.Скорбное бесчувствие
- 2.Заторможенность мышления
- 3.Симптом Верагута
- 4.Сниженное настроение
- 5.Двигательная заторможенность

42. Угнетение, замедление ассоциативного процесса.

- 1.Скорбное бесчувствие
- +2.Заторможенность мышления
- 3.Симптом Верагута

- 4.Сниженное настроение
- 5.Двигательная заторможенность

43. Образование типичной складки на границе внутренней и средней трети верхнего века, придающее лицу выражение скорби при депрессивном синдроме.

- 1.Скорбное бесчувствие
- 2.Заторможенность мышления
- +1.Симптом Верагута
- 4.Сниженное настроение
- 5.Двигательная заторможенность

44. Количественное нарушение эмоций, описываемое как тоска, грусть, печаль.

- 1.Скорбное бесчувствие
- 2.Заторможенность мышления
- 3.Симптом Верагута
- +4.Сниженное настроение
- 5.Двигательная заторможенность

45. Ограничение деятельности, подвижности, сопровождающееся угнетенным настроением.

- 1.Скорбное бесчувствие
- 2.Заторможенность мышления
- 3.Симптом Верагута
- 4.Сниженное настроение
- +5.Двигательная заторможенность

46. Отсутствие воспоминаний об ограниченном фрагменте событий из жизни.

- +1.Амнезия
- 2.Дезориентировка во времени
- 3.Автоматизм действий
- 4.Дезориентировка в пространстве
- 5.Сужение сознания

47. Пациент не может определить число, месяц, год на данный момент.

- 1.Амнезия
- +2.Дезориентировка во времени
- 3.Автоматизм действий
- 4.Дезориентировка в пространстве
- 5.Сужение сознания

48. Неосознанное, выполняемое без контроля воли и вне видимой связи с импульсами извне, выполнение различных, подчас сложных и точных, действий, о которых пациент ничего не помнит.

- 1.Амнезия
- 2.Дезориентировка во времени
- +3.Двигательный автоматизм
- 4.Дезориентировка в пространстве
- 5.Сужение сознания

49. Пациент не может определить место своего нахождения.

- 1.Амнезия
- 2.Дезориентировка во времени
- 3.Автоматизм действий
- +4.Дезориентировка в пространстве
- 5.Сужение сознания

50. Ограниченно-направленный, фрагментный характер восприятия без учета окружающей действительности в целом.

- 1.Амнезия
- 2.Дезориентировка во времени
- 3.Автоматизм действий
- 4.Дезориентировка в пространстве
- +5.Сужение сознания

51. Полное обратное развитие психотической симптоматики и восстановление прежней трудоспособности.

- +1.Ремиссии типа А
- 2.Ремиссии типа В
- 3.Ремиссии типа С
- 4.Ремиссии типа D
- 5.Ремиссии типа 0

52. Сохранность трудоспособности при наличии остаточных явлений перенесенного психоза.

- 1.Ремиссии типа А
- +2.Ремиссии типа В
- 3.Ремиссии типа С
- 4.Ремиссии типа D
- 5.Ремиссии типа 0

53. Улучшение психического состояния со снижением трудовой квалификации.

- 1.Ремиссии типа А
- 2.Ремиссии типа В
- +3.Ремиссии типа С
- 4.Ремиссии типа D
- 5.Ремиссии типа 0

54. Внутрибольничное улучшение клинического состояния.

- 1.Ремиссии типа А
- 2.Ремиссии типа В
- 3.Ремиссии типа С
- +4.Ремиссии типа D
- 5.Ремиссии типа 0

55. Отсутствие улучшения клинического состояния пациента, вместо ожидаемого выздоровления.

- 1.Ремиссии типа А
- 2.Ремиссии типа В
- 3.Ремиссии типа С
- 4.Ремиссии типа D
- +5.Ремиссии типа 0

56. Расстройство мышления, при котором вследствие погруженности пациента в собственные болезненные переживания суждения недостаточно соотносятся с реальностью и оторваны от действительности.

- +1.Аутистическое мышление
- 2.Резонерство
- 3.Персеверация
- 4.Символическое мышление
- 5.Разорванное мышление

57. Сенестопатии характеризуются всем перечисленным, кроме:

- 1.разнообразных, крайне мучительных, тягостных ощущений в различных частях тела
- 2.необычности, вычурности ощущений
- 3.отсутствия констатируемых соматическими методами исследования причин
- 4.частых сочетаний с ипохондрическими расстройствами
- +5.восприятия, искажения формы и величины своего тела.

58. Стереотипное повторение больным одних и тех же фраз.

- 1.Аутистическое мышление
- 2.Резонерство
- +3.Персеверация
- 4.Символическое мышление
- 5.Разорванное мышление

59. Термин «словесная окрошка» принадлежит

- 1. Кандинскому
- 2. Корсакову
- +3. Крепелину
- 4. Блейлеру
- 5. Бехтереву

60. Необычное, парадоксальное сочетание представлений, использование понятий без учета всякой логической связи. Речь пациента при этом расстройстве характеризуется отсутствием смысловой связи между словами при известной синтаксической сохранности.

- 1.Аутистическое мышление
- 2.Резонерство
- 3.Персеверация
- 4.Символическое мышление
- +5.Разорванное мышление

61. Снижение интеллекта, сведение всех жизненных интересов к собственным переживаниям и ощущениям.

- +1.Концентрический тип слабоумия
- 2.Эмоциональная взрывчатость
- 3.Олигофазия
- 4.Эгоцентризм
- 5.Обстоятельное, вязкое мышление

62. Яркое выраженное внезапное проявление негативного чувства в результате несдержанности.

- 1.Концентрический тип слабоумия
- +2.Эмоциональная взрывчатость
- 3.Олигофазия
- 4.Эгоцентризм
- 5.Обстоятельное, вязкое мышление

63. Нарушение речи, связанное с трудностью подбора нужных слов и выражений вследствие оскудения словарного запаса.

- 1.Концентрический тип слабоумия
- 2.Эмоциональная взрывчатость
- +3.Олигофазия
- 4.Эгоцентризм
- 5Обстоятельное, вязкое мышление

64. Концентрация внимания пациента на собственной личности.

- 1.Концентрический тип слабоумия
 - 2.Эмоциональная взрывчатость
 - 3.Олигофазия
 - +4.Эгоцентризм
- 5.Обстоятельное, вязкое мышление

65. Считается, что депсомания - это симптом

- 1. Депрессии
- +2. Алкоголизма
- 3. Наркомании
- 4. Шизофрении
- 5. Деменции

66. К бензодиазепинам относится:

- +1.Диазепам
- 2.Карбамазепин
- 3.Дисульфирам
- 4.Топиромат
- 5.Оланзапин

67. К нейролептикам относится:

- 1.Диазепам
- 2.Карбамазепин
- 3.Дисульфирам
- 4.Топиромат
- +5.Оланзапин

68. Препарат для снижения влечения к алкоголю

- 1.Диазепам
- 2.Карбамазепин
- +3.Дисульфирам
- 4.Витамин В1
- 5.Оланзапин

69. При эпилепсии показан длительный прием препарата:

- 1.Диазепам
- +2.Карбамазепин
- 3.Дисульфирам
- 4.Пирацетам
- 5.Оланзапин

70. Симптоматика, состоящая из массы необоснованных жалоб на различные тягостные ощущения, обычно имеющая вычурные, иногда бредовые трактовки, приводящая к постепенному личностному изменению.

- 1.Паранойяльная
- 2.Астено-депрессивная
- 3.Истероидная
- 4.Неврозоподобная
- +5.Ипохондрическая

71. Терапевтические дозы оланзапина, мг/ сут.:

- 1. 1-5
- +2. 5-20
- 3.10-50
- 4.50-200
- 5.200-600

72. Преувеличение собственных способностей и достоинств, убежденность в собственной исключительности

- 1.Бегущее мышление
- +2.Идеи величия
- 3.Эйфория
- 4.Двигательное беспокойство
- 5.Отвлекаемость

73. Приятное, веселое, радужное, беззаботное настроение

- 1.Бегущее мышление
- 2.Идеи величия
- +3.Эйфория
- 4.Двигательное беспокойство
- 5.Отвлекаемость

74. Противоалкогольный препарат:

- +1.Дисульфирам
- 2.Галоперидол
- 3.Кветиапин
- 4.Настойка боярышника
- 5.Бальзам «Московия»

75. Отсутствие способности длительно сосредоточивать внимания на предметах, явлениях.

- 1.Бегущее мышление
- 2.Идеи величия
- 3.Эйфория
- 4. Двигательное беспокойство
- +5.Отвлекаемость

76. Малый словарный запас.

- 1.Наличие простых трудовых навыков
- 2.Конкретно-ситуационное мышление
- 3.Физический инфантилизм, дизморфизм
- +4.Олигофазия
- 5.Психический инфантилизм

77. Стойкие поведенческие реакции взрослого, напоминающие ребенка.

- 1.Недоразвитие речи
- +2.Психический инфантилизм
- 3.Наличие простых трудовых навыков
- 4.Физический инфантилизм
- 5.Конкретно-ситуационное мышление

78. Стойкий результат врожденного психического свойства, оказавший влияние на уровень трудовой деятельности.

- 1.Психический инфантилизм
- +2.Отсутствие простых трудовых навыков
- 3.Физический инфантилизм, дизморфизм
- 4.Конкретно-ситуационное мышление
- 5.Недоразвитие речи

79. Симптомы врожденной патологии задержки и отставания в физическом развитии.

- +1.Физический инфантилизм, дизморфизм
- 2.Психический инфантилизм

- 3. Недоразвитие речи
- 4. Наличие простых трудовых навыков
- 5. Конкретно-ситуационное мышление

80. Отсутствие способности обобщения более или менее простых предметов, вещей.

- 1. Недоразвитие речи
- 2. Наличие простых трудовых навыков
- 3. Психический инфантилизм
- +4. Конкретно-образное мышление
- 5. Физический инфантилизм, дизморфизм

81. Симптомокомплекс, включающий тоскливое настроение, идеи самообвинения, общее физическое недомогание, дрожание конечностей и всего тела. Уменьшается после приема алкоголя

- 1. Патологическая лживость
- 2. Юмор алкоголика («юмор висельника»)
- +3. Алкогольный абстинентный синдром
- 4. Паралич воли
- 5. Социальная деградация

82. Угнетение волевых качеств в результате хронической интоксикации

- 1. Социальная деградация
- 2. Патологическая лживость
- 3. Юмор алкоголика («юмор висельника»)
- +4. Паралич воли
- 5. Алкогольный абстинентный синдром

83. Склонность к грубым, плоским шуткам; мрачное, ироническое отношение к жизни, к себе.

- +1. Юмор алкоголика («юмор висельника»)
- 2. Патологическая лживость
- 3. Паралич воли
- 4. Алкогольный абстинентный синдром
- 5. Социальная деградация

84. Проявление в связи с хронической интоксикацией отрицательных черт характера: невыполнение обещаний, чисто внешняя искренность и др.

- 1. Паралич воли
- 2. Социальная деградация
- 3. Юмор алкоголика («юмор висельника»)
- +4. Патологическая лживость
- 5. Алкогольный абстинентный синдром

85. Приобретенная несовместимость человека с обществом в связи с аморальным поведением в семье и на производстве, цинизмом, потерей такта, чувства стыдливости и пр.

- +1. Социальная деградация
- 2. Алкогольный абстинентный синдром
- 3. Паралич воли
- 4. Юмор алкоголика («юмор висельника»)
- 5. Патологическая лживость

86. Снотворный препарат – это:

- 1. Зептол
- +2. Залеплон
- 3. Зуклопентиксол
- 4. Церепро

-5. Сертралин

87. К Z-гипнотикам относится

- 1. Зептол
- +2. Зопиклон
- 3. Зуклопентиксол
- 4. Церебро
- 5. Стимулотон

88. Оптимальный препарат для коррекции нарушений сна неорганической природы из нижеперечисленных:

- 1. Зептол
- +2. Золпидем
- 3. Зуклопентиксол
- 4. Церебро
- 5. Сертралин

89. Антидепрессант, влияющий на циркадные ритмы:

- 1. Флуоксетин
- 2. Флувоксамин
- +3. Агомелатин
- 4. Амитриптилин
- 5. Мелипрамин

90. СИООЗС это все препараты, кроме

- 1. Флуоксетин
- 2. Флувоксамин
- +3. Агомелатин
- 4. Эсциталопрам
- 5. Пароксетин

91. Нарушение, при котором речь состоит из грамматически правильно построенных фраз, не связанных по смыслу между собой, или их отрывков.

- 1.Стереотипия движений
- +2.Разорванность речи
- 3.Симптомы «эхо»
- 4.Импульсивность
- 5.Двигательные проявления кататонического возбуждения

92. Повторение, копирование слов, движений, мимики окружающих.

- 1.Разорванность речи
- +2.Симптомы «эхо»
- 3.Импульсивность
- 4.Двигательные проявления кататонического возбуждения
- 5.Стереотипия движений

93. Предрасположенность к стихийной, молниеносной реакции на любые внешние или внутренние раздражители без учета возможных последствий.

- 1.Разорванность речи
- 2.Симптомы «эхо»
- +3.Импульсивность
- 4.Двигательные проявления кататонического возбуждения
- 5.Стереотипия движений

94. Бензодиазепин – это:

- 1. Амитриптилин

- 2. Аминазин
- 3. Бензонал
- +4. Диазепам
- 5. Фенобарбитал

95. Однообразие в двигательной активности пациента.

- 1. Двигательные проявления кататонического возбуждения
- +2. Стереотипия движений
- 3. Импульсивность
- 4. Симптомы «эхо»
- 5. Разорванность речи

96. Состояние неожиданной потери сознания с тоническими и клоническими судорогами.

- 1. Малые эпилептические припадки
- +2. Большой эпилептический припадок
- 3. Амбулаторный автоматизм
- 4. Эпилептический делирий
- 5. Дисфория

97. Длительное бесцельное хождение пациента с внешне упорядоченным поведением, правильное выполнение сложных целесообразных действий и последующая амнезия. Наблюдается при эпилепсии после судорожного припадка или как эквивалент его.

- 1. Малые эпилептические припадки
- 2. Большие эпилептические припадки
- +3. Амбулаторный автоматизм
- 4. Эпилептический делирий
- 5. Дисфория

98. Остро возникающее помрачение сознания, сопровождающееся эмоционально насыщенными яркими галлюцинациями, появлением отрывочных образных бредовых идей, возбуждения и агрессивности.

- 1. Большие эпилептические припадки
- 2. Амбулаторный автоматизм
- +3. Эпилептический делирий
- 4. Малые эпилептические припадки
- 5. Дисфория

99. Остро возникающее тоскливо-злобное настроение, приводящее иногда к агрессии.

- 1. Малые эпилептические припадки
- 2. Большие эпилептические припадки
- 3. Амбулаторный автоматизм
- 4. Эпилептический делирий
- +5. Дисфория

100. Настороженность, ощущение неопределенной угрозы, тревоги, проявляющиеся в начальные периоды шизофрении.

- 1. Параноидный этап
- 2. Вторичная кататония
- 3. Парафренный этап
- 4. Паранойяльный этап
- +5. Бредовая готовность

7 семестр изучения в соответствии с УП форма промежуточной аттестации – экзамен	
Код и наименование проверяемой компетенции:	ОПК – 7 Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности
	ОПК-7.2 Использует современные принципы лечения заболеваний и состояний в профессиональной деятельности
	ОПК-7.3 Осуществляет контроль эффективности и безопасности назначенного лечения

Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

Практико-ориентированные задания (ситуационные задачи).

Задача №1

К детскому психиатру обратилась мать ребенка М., 2 лет с жалобами на то, что сын часто плачет без всякой причины, с трудом поддается уговорам, со злостью отталкивает мать, пытается причинить ей боль. Новыми игрушками не интересуется. Увидев плюшевого слона, которого подарил папа, испугался, расплакался. Играет один, сидя в углу, рвет на мелкие кусочки бумагу, обматывает руки поясами от платьев. При попытке познакомить сына с соседскими детьми, убегает, прячется. Дружить ни с кем не хочет.

Вопрос: какой описан психопатологический синдром? 1. Астенический 2. Детских страхов 3. Детского аутизма 4. Псевдогаллюцинации 5. Синдром Жиль де Туретта

Ответ: 3

Задача № 2

Больной С., 42 лет, вырос в семье, где главной задачей в жизни считали достижение личного успеха, «положения в обществе». Хотя у больного были ограниченные способности и учеба давалась с определенным трудом, из-за требований родителей он всячески стремился превзойти в учебе своих товарищей, затрачивал на это массу усилий. После окончания школы поступил в институт, опять-таки по желанию родителей. Занятия в институте требовали еще больших усилий для выполнения даже обычных заданий. Много занимался, нередко в ночное время. Окончив институт, поступил работать на завод сменным инженером. Как только освободилась должность начальника цеха, начал ее активно добиваться, несмотря на то, что профиль цеха не соответствовал полученной им в институте специальности и не вызывал особого интереса. К тому же он не имел достаточного организаторского опыта. Естественно, поэтому, став начальником цеха, он столкнулся с большими трудностями. Коллектив перестал выполнять производственные задания, что вызывало справедливые нарекания и критику со стороны администрации и товарищей по работе. Пытаясь сохранить личный престиж, компенсировал недостаток опыта и знаний резкой интенсификацией своей деятельности. Хотя работа по-прежнему не ладилась, он не смог признать себе в том, что сам виноват в возникшей ситуации и не в состоянии справиться со своими новыми обязанностями. Именно в этот период у него и появились головные боли, бессонница, раздражительность, быстрая утомляемость, резко снизилась работоспособность, из-за чего он и поступил в отделение неврозов.

Вопрос: назовите ведущий синдром: 1. Церебрастенический 2. Ипохондрический 3. Обсессивно-фобический 4. Психопатоподобный 5. Синдром Корсакова.

Ответ: 1

Задача № 3

Больная Б., 57 лет, пенсионерка. Впервые заболела в возрасте 38 лет. Начало болезни связано с длительным физическим и психическим напряжением. Появились сердцебиение, бессонница, страх смерти. В течение 7 лет работала на химическом заводе – просеивала соду от стекольного мусора. Когда больной было 54 года, тяжело болел муж, ухаживала за ним, несла большую нагрузку по дому и на садовом участке. Продолжала работать. Постоянно недосыпала, тревожилась о муже. В это время пережила испуг по поводу разбившегося на улице стекла. Появились опасения загрязнения стекольным мусором, которые вскоре приняли мучительный характер. В состоянии резко пониженного настроения с жалобами на упорные навязчивые страхи была помещена в психиатрическую больницу. Больная в течение 2 недель почти не вставала с постели, много плакала, жаловалась на постоянные навязчивые представления разбившейся посуды, свалок стекольного мусора. Если удавалось заснуть, то снилось «только стекло, горы разбитого стекла».

Вопрос: укажите ведущий синдром: 1. Истерический 2. Астенический 3. Фобический 4. Психорганический 5. Маниакальный.

Ответ: 3

Задача № 4

Больной П., 46 лет, поступил в стационар с жалобами на страх высоты и воды. Мать больного была впечатлительной, страдала страхом высоты. Больной всегда был смелым, решительным, энергичным, жизнерадостным, трудолюбивым, является авторитетным специалистом. Заболеванию предшествовало утомление. Первый приступ возник в 18 лет. При нахождении на набережной или на мосту появлялся навязчивый страх броситься в воду. Воспринимал это критически, однако был вынужден прибегать к защитным действиям (смена ходьбы на бег, пользование транспортом). Через 3 месяца страхи исчезли. С 34 лет больной стал шахтопроходчиком. С этого времени навязчивый страх высоты и воды. Фобии, впервые возникнув, при спуске больного в шахту, появлялись в период нахождения его в подъемнике шахтного ствола. Затем фобии стали возникать и на поверхности земли, по мере приближения больного к шахтному стволу. Эти же переживания возникали и дома при пользовании лифтом. С 44 лет состояние резко ухудшилось, так как к описанным проявлениям навязчивых страхов прибавилось чувство тягостного ожидания перед подъемом на высоту. С этого же времени снова появился страх воды. Появилась раздражительность, чувство беспомощности, ухудшился сон. Больной тяготился разговорами о высоте. Состояние ухудшалось, страхи стали появляться как в конкретной, так и в совершенно «нейтральной» ситуации под влиянием наплывов навязчивых представлений о высоте и воде. Эти переживания чаще возникали в ночное время: больной внезапно просыпался и сразу же начинал ярко представлять себя в ситуации спуска в шахту или в состоянии особого волнения «выбегающим среди ночи из дома» в направлении моста, с которого ему предстояло «броситься в воду».

Вопрос: укажите ведущий синдром: 1. Астенический 2. Фобический 3. Кататонический 4. Апат-абулический 5. Психорганический.

Ответ: 2

Задача № 5

Больной Г., 22 лет, студент. При поступлении жаловался на чувство неуверенности в результатах своей работы, повышенную утомляемость, выраженную сонливость днем при беспокойном ночном сне и раздражительность. Отец по характеру слабый, во всем подчиняющийся жене. Мать властная, настойчивая, не признающая никакого иного, кроме своего, мнения. В детстве мать контролировала все поступки больного. В школе был озорным, любил проказы, получал низкие оценки по поведению, но успевал хорошо. В семье мать командовала всеми, но предоставляла мужу возможность постоянно порицать поведение

сына. Отец часто высказывал оскорбительные суждения сыну. По настоянию матери он поступил в инженерно-строительный институт, где предъявлял к себе завышенные требования, не справлялся с программой. Затем последовали перевод на заочное отделение и работа в качестве техника, в результате чего нагрузка еще больше увеличилась. За полгода до начала заболевания вступил в брак, одобренный матерью. Жена больного, будучи человеком упрямым и самостоятельным, оказывала на него давление в проведении намеченной ею программы: постройки квартиры и рождения ребенка. К моменту госпитализации больного в отделение жена была на пятом месяце беременности, квартирный вопрос – в стадии оформления. Описанные жалобы развились за несколько месяцев до поступления. Психический статус: несколько замкнут, немногословен и напряжен. Настроение ровное, но периодически кажется апатичным и безынициативным. В отделении много спит, стремится общаться с окружающими, которым мог бы подчиниться, легко внушаем.

Вопрос: укажите ведущий синдром: 1. Психастенический 2. Фобический 3. Истерический 4. Маниакальный 5. Психоорганический.

Ответ: 1

Задача № 6

Больная З., 40 лет, родилась и выросла в деревне. Отец и мать строго контролировали каждый шаг детей, настаивая на беспрекословном выполнении всех своих требований, лишая их самостоятельности даже в малом, и расценивали это как проявление заботы о них. Под влиянием такого воспитания больная росла послушной, замкнутой и стеснительной. Еще в школе испытывала страх при ответах на уроках из-за боязни совершить ошибку, что отрицательно сказывалось на возможности реализовать свои способности. После окончания школы осталась работать в совхозе дояркой. Была очень чувствительной к замечаниям окружающих о своей работе, с которой справлялась успешно. Замуж вышла без любви, по настоянию родителей, однако к мужу относилась хорошо, потому, что испытывала к нему чувство благодарности за любовь к ней и ребенку. На пятом году совместной жизни с мужем встретила с другим человеком и полюбила его. Он потребовал, чтобы больная разошлась с мужем и вступила с ним в брак. Не могла принять решения, мучительно колебалась между желанием оставить мужа и жить с человеком, которого любила, и стремлением сохранить семью, за что считала себя «грязной». Однажды при трудном для нее разговоре с мужем она машинально стряхнула с платья крошку хлеба. Показалось, что крошка не упала, стряхнула еще раз. С тех пор возникло навязчивое желание стряхивать с себя «грязь». В этот же период появился навязчивый страх «загрязнения», целыми днями мыла руки, стирала, чистила комнату, вынуждена была оставить работу, а затем ограничила круг общения. Из-за страха «загрязнения» ей стало трудно общаться с мужем и ребенком. С этими жалобами была направлена в отделение неврозов.

Вопрос: укажите ведущий синдром: 1. Ипохондрический 2. Обсессивно-фобический 3. Апато-абулический 4. Астенический 5. Кататонический.

Ответ: 2

Задача № 7

Больной М., 45 лет. Наследственность не отягощена. Больной – старший из двух детей, имеет сестру. Развивался нормально, был общительным, хорошо учился в школе, занимался спортом. Окончил техникум, служил в армии, потом окончил высшую школу милиции. Работал в МВД. Женат, имеет дочь. Выпивать начал с 22-24 лет вначале с друзьями «по праздникам», а затем чтобы «расслабиться». Приблизительно с 30 лет отмечаются «запой» по 3 - 4 дня со «светлыми промежутками» от 1 до 3-х недель. За неделю до поступления в клинику почувствовал тревогу: не спал по ночам, днем вздрагивал от малейшего шума. Испытывал безотчетный страх. Накануне поступления в клинику, придя домой, «почувствовал» в квартире чье-то постороннее присутствие. Несколько раз осмотрел

квартиру и, наконец, «заметил», что комната полна людей, которые маскируются под предметы домашней обстановки - кресла, торшер. Обнаружив, что они замечены, люди перестали маскироваться, сообщили, что у него дома «проводятся учения спецназа». От больного потребовали сотрудничества, а когда он отказался, то пытались убить его «из биологического оружия». Убежал из дома в одной рубашке, прятался на соседней стройке, чтобы «не убили». Такое состояние сохранялось около суток. В отделении сразу же рассказал о пережитом состоянии. Красочно, подробно описывает, как в квартиру пришел «спецотряд» и потребовал от него сотрудничества, Удивлен, что родственница ничего не видит. Уверен, что его «пытались убить из биологического оружия». Во время рассказа больной выразительно жестикулирует, показывает на ногу и руке «следы воздействия биологического оружия». Категорически отрицает злоупотребление алкоголем. Обижается, когда сомневаются в правдивости его утверждений.

Вопрос: какой синдром описан в примере? 1. Онейроидный 2. Делириозный 3. Аментивный 4. Сумеречного помрачения сознания 5. Оглушение.

Ответ: 2

Задача № 8

Больная С., 36 лет, техник. Поступила в отделение неврозов с жалобами на бессонницу, неприятные ощущения в области сердца, возникающие при нервно-психическом напряжении, неустойчивое настроение, плаксивость, раздражительность, тревогу за свое состояние, быструю утомляемость. Точно указывает день начала своего заболевания, когда, вернувшись домой с литературного вечера, почувствовала резкую слабость. С этого же дня возникла упорная бессонница, с вечера долго не могла уснуть, после засыпания вновь пробуждалась, сон был неглубоким, тревожным, сопровождался тягостными сновидениями. Ухудшилось общее состояние, пропал аппетит, возрастала слабость. Наблюдавшие больную врачи заболеваний не находили и советовали больной «взять себя в руки». Больная чувствовала себя все хуже, возник страх сумасшествия, стала бояться ложиться спать, что еще больше ухудшило ночной сон. В беседе выяснились сложные отношения больной с властной, деспотичной матерью, которая была деятельна и заботлива, и требовала полного подчинения. Первый серьезный конфликт был связан со стремлением выйти замуж за однокурсника, которого больная любила. Однако мать не разрешила, так как давно строила планы на брак дочери с сыном приятельницы. Больная пригрозила, что лучше утопится, и, вопреки желанию матери вышла замуж за своего друга. Молодые супруги жили отдельно, но мать часто посещала больную, постоянно упрекая дочь в «неблагодарности» к ней, вырастившей ее и отдавшей ей «всю жизнь». После этого больная часто плакала, не могла долго заснуть. С одной стороны, всю свою жизнь она страдала от властности матери, с другой – испытывала к ней чувство любви и благодарности. Поводом, который привел к выраженной декомпенсации состояния, стал литературный диспут на тему «Отцы и дети», где больная остро восприняла упоминание о «неблагодарных» и «непорядочных» детях, забывающих своих родителей.

Вопрос: какой симптом указан неверно: 1. Бессонница 2. Тревога 3. Гипотимия 4. Лиссофобия (страх сойти с ума) 5. Расстройства влечений.

Ответ: 5

Задача № 9

Больная Б., 1944 г. рождения, педагог. При обращении жалобы на слезливость, утомляемость, тоскливое настроение, плохой сон и аппетит. Из анамнеза жизни: бабка по линии отца «нервная», требовательная, эгоистичная; мать раздражительная, непоследовательная, но очень заботливая и внимательная к детям. Росла без отца. Помогала матери в воспитании младших сестер. Росла впечатлительной, мечтательной, восторженной. В школе занимала лидирующее положение среди сверстников, отличалась энергичностью и предприимчивостью. Окончила педагогический институт. К педагогической работе всегда

относилась с увлечением. Замужем с 18 лет, привязанности к мужу, который старше на 8 лет, не было. Есть дочь и сын. По характеру самолюбивая, капризная: при малейшем «неповиновении» мужа отказывалась разговаривать с ним, устраивала «демонстративные заревы». Имела много подруг, однако быстро переходила от восторженности к неприязни. Впечатлительная, чувствительная, не терпит равнодушия к себе: «лучше пусть меня ненавидят, чем равнодушно обходят». Болея с 1989 г. после получения писем с предупреждением, что муж ей изменяет. Состоялось бурное объяснение с ним, но тот категорически отрицал неверность. На работе забывала о своих подозрениях, но дома красочно, в деталях представляла сцены измены; в такие моменты «вся цепенела, не могла говорить, ноги отнимались и холодели», возникал страх смерти. Нарастала раздражительность, конфликтность, капризничала, не выносила мужа. При волнении головокружение, слабость, чувство удушья, подергивания век, онемение кончика языка. Иногда появлялась паническая мысль о возможности заражения сифилисом, рисовались картины «мучительного разложения всего организма и обезображивания лица». С горечью говорила о потере жизненного тонуса, присущего ей юмора и оптимизма, желании нравиться.

Вопрос: назовите ведущий симптом: 1. Астенический 2. Ипохондрический 3. Вегетативных нарушений 4. Психического инфантилизма 5. Депрессивный.

Ответ: 4

Задача № 10

Больная, 26 лет, школьная учительница. В возрасте 23 лет среди полного здоровья начались эпилептические припадки. В возрасте 5 лет у нее было двустороннее воспаление среднего уха, после которого в течение нескольких месяцев оставались головные боли. Генерализованные судорожные припадки чередовались с простыми и сложными фокальными приступами. Больная описала свой припадок следующим образом: «Полная последовательность вспоминаемых мыслей такова: пройдет утро, затем полдень, затем наступит вечер. Или, например: этот дом был построен, он будет разрушен, новый будет построен и будет разрушен. Не было ли этих мыслей раньше? Действительно, разве все это уже не происходило раньше? Затем глубокий вздох и ощущение, поднимающееся от желудка и груди. Все вышеописанное происходит очень быстро, возможно, меньше, чем в четверть секунды. Одновременно представление темноты, т. е. поднимается темная фигура, притаивается в угрожающем положении. Фигура кажется жестикулирующей длинным острым орудием, возможно, зонтиком. Это сопровождается постоянным желанием воды. Затем наступает туман, как будто бы клочковатые облака плывут одно за другим. Потом полная потеря сознания».

Вопрос: какие психопатологические феномены описаны в данном примере? 1. Насильственные стереотипные мысли 2. Чувство уже пережитого 3. Эпигастральная аура 4. Зрительные галлюцинации 5. Все вышеперечисленное

Ответ: 5

Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов **Тестовые задания**

Правильный ответ на тестовое задание отмечен +

101. Монотематическое высказывание ложных суждений и умозаключений в четко формируемых словах при сохранении последовательности наряду с прогрессивным течением процесса.

- 1. Параноидный этап
- 2. Вторичная кататония
- 3. Парфренный этап
- +4. Паранойальный этап

-5.Бредовая готовность

102. Ведущее место в синдроме занимают бредовые идеи несистемного, полиморфного характера с галлюцинациями, признаками синдрома Кандинского-Клерамбо и другими при постепенно развивающейся деградации личности.

- +1.Параноидный этап
- 2.Вторичная кататония
- 3.Парафренный этап
- 4.Паранойяльный этап
- 5.Бредовая готовность

103. Преобладание бредовых идей величия, фантастического, конфабуляторного характера, возникающих на фоне грубого эмоционально-волевого оскуднения личности.

- 1.Параноидный этап
- 2.Вторичная кататония
- +3.Парафренный этап
- 4.Паранойяльный этап
- 5.Бредовая готовность

104. После длительной психической болезни появляется обездвиженность, негативизм, стереотипии, симптомы «эхо» с чертами внутренней опустошенности.

- 1.Параноидный этап
- +2.Вторичная кататония
- 3.Парафренный этап
- 4.Паранойяльный этап
- 5.Бредовая готовность

105. Бензодиазепин – это:

- 1. Амитриптилин
- 2. Аминазин
- 3. Бензонал
- +4. Нитразепам
- 5.Фенобарбитал

106. Категоричность, бескомпромиссность суждений, отстаивание своей точки зрения с постоянным обращением в судебные инстанции.

- 1.Эгоцентризм
- 2.Сверхценные идеи
- +3.Суtäжничество
- 4.Болезненная принципиальность, кверулянтность
- 5.Конфликтность

107. Личностные особенности, характеризующиеся выдвиганием на первый план мотивов собственной психической жизни, своих взглядов, интересов при игнорировании интересов и суждений окружающих. Наблюдается у больных эпилепсией, психопатических личностей.

- +1.Эгоцентризм
- 2.Сверхценные идеи
- 3.Суtäжничество
- 4.Болезненная принципиальность, кверулянтность
- 5.Конфликтность

108. Стремление к пространным многочисленным жалобам в различные инстанции с требованием «восстановить справедливость».

- 1.Эгоцентризм
- 2.Сверхценные идеи

- 3.Сутяжничество
- +4.Кверулянтность
- 5.Конфликтность

109. Суждения с яркой эмоциональной окраской, возникающие на почве реальных событий, но в дальнейшем приобретающие в сознании пациента незаслуженно доминирующее положение, которое могут трансформироваться в бред.

- 1.Эгоцентризм
- +2.Сверхценные идеи
- 3.Сутяжничество
- 4.Болезненная принципиальность, кверулянтность
- 5.Конфликтность

110. Склонность к внезапному и бурному проявлению аффекта с агрессивными тенденциями.

- 1.Злопамятство
- 2.Брадифрения, инертность
- 3.Слащавость
- 4.Педантизм
- +5.Эксплозивность

111. Чрезмерная склонность к соблюдению порядка, законности.

- 1.Злопамятство
- 2.Брадифрения, инертность
- 3.Слащавость
- +4.Педантизм
- 5.Эксплозивность

112. Речь, сопровождающаяся употреблением уменьшительно-ласкательных слов и внешним добродушием.

- 1.Злопамятство
- 2.Брадифрения, инертность
- +3.Слащавость
- 4.Педантизм
- 5.Эксплозивность

113. Склонность долго помнить мелочные обиды, вынашивать желание отомстить за них.

- +1.Злопамятность
- 2.Брадифрения, инертность
- 3.Слащавость
- 4.Педантизм
- 5.Эксплозивность

114. Прогрессирующее снижение темпа и подвижности всех психических процессов.

- 1.Злопамятность
- +2.Брадифрения, инертность
- 3.Слащавость
- 4.Педантизм
- 5.Эксплозивность

115. Угнетенное настроение с тревогой, страхом, суетливостью, причитаниями, часто сопровождаемое бредом самоуничтожения и обкрадывания, ипохондрическими идеями, характерное для лиц пожилого и старческого возраста.

- 1.Инволюционная истерия
- 2.Болезнь Пика

- +3.Инволюционная меланхолия
- 4.Инволюционный параноид
- 5.Поздняя кататония

116. Высказывание ложных идей «малого размаха», ограничивающихся внутрисемейными, межсоседскими отношениями в соединении с тревожно-тоскливым чувством

- 1.Инволюционная истерия
- 2.Болезнь Пика
- 3.Инволюционная меланхолия
- +4.Инволюционный параноид
- 5.Поздняя кататония

117. Обездвиженность без склонности к парадоксальным позам с тревожно-тоскливым эмоциональным проявлением, возникающая в пожилом возрасте.

- 1.Инволюционная истерия
- 2.Болезнь Пика
- 3.Инволюционная меланхолия
- 4.Инволюционный параноид
- +5.Поздняя кататония

118. Демонстрация и утрирование жалоб, излишняя драматизация своего положения с преобладанием тоски, тревоги («не нахожу себе место»)

- +1.Инволюционная истерия
- 2.Болезнь Пика
- 3.Инволюционная меланхолия
- 4.Инволюционный параноид
- 5.Поздняя кататония

119. Заболевание, возникающее обычно в возрасте старше 50-60 лет и характеризующееся поражением лобно-височной области головного мозга. Проявляется признаками нарастающего слабоумия, сопровождающегося другими симптомами повреждения головного мозга — нарушениями речи и поведения.

- 1.Инволюционная истерия
- +2.Болезнь Пика
- 3.Инволюционная меланхолия
- 4.Инволюционный параноид
- 5.Поздняя кататония

120. Уменьшение объема внимания наряду с трудностью его сосредоточения: пациент не в состоянии найти вещь, лежащую на видном месте.

- 1.Консерватизм
- 2.Стереотипное усердие
- 3.Бережливость
- +4.Рассеянность
- 5.Болтливость

121. Однообразная хлопотливость со стремлением вмешиваться в дела своих близких.

- 1.Консерватизм
- +2.Стереотипное усердие
- 3.Бережливость
- 4.Рассеянность
- 5.Болтливость

122. Самая частая причина деменции

- 1.Сосудистые нарушения

- 2. Алкогольная зависимость
- +3. Болезнь Альцгеймера
- 4. Травмы
- 5. Сахарный диабет

123. Приверженность к традиционным, устоявшимся взглядам, непризнание и непонимание нового.

- +1. Консерватизм
- 2. Стереотипное усердие
- 3. Бережливость
- 4. Рассеянность
- 5. Болтливость

124. Вторая по частоте причина деменции

- +1. Сосудистые нарушения в ГМ
- 2. Алкогольная зависимость
- 3. Болезнь Альцгеймера
- 4. Травмы
- 5. Сахарный диабет

125. Шизофрения переводится с греческого как:

- 1. Расстройство души
- 2. Расщепление памяти
- 3. Болезнь души.
- +4. Расщепление ума.
- 5. Раннее слабоумие

126. Течение болезненного процесса, быстро приводящее к эмоционально-волевому и интеллектуально-мнестическому снижению личности.

- 1. Полиморфизм симптоматики
- +2. Высокая прогрессивность
- 3. Резистентность к терапии
- 4. Раннее начало заболевания с негативных расстройств.
- 5. Молниеносное течение

127. Наличие в течении болезни большого разнообразия симптомов и синдромов, быстро сменяющих друг друга.

- +1. Полиморфизм симптоматики
- 2. Высокая прогрессивность
- 3. Резистентность к терапии
- 4. Раннее начало заболевания с негативных расстройств.
- 5. Глубокие исходные состояния

128. Отсутствие динамики в течении болезни, несмотря на проведение лечебных мероприятий.

- 1. Полиморфизм симптоматики
- 2. Высокая прогрессивность
- +3. Резистентность к терапии
- 4. Раннее начало заболевания с негативных расстройств.
- 5. Глубокие исходные состояния

129. Психиатрия в переводе с греческого означает:

- 1. Изучение души
- 2. Лечение слабоумия
- 3. Болезнь души.
- 4. Наука о душе

+5. Лечение души.

130. Повышенное настроение с двигательной расторможенностью, сопровождающееся раздражительностью, вспыльчивостью, сварливостью

- 1. Спутанная мания
- 2. Онейроидная мания
- 3. Маниакальный ступор
- +4. Гневливая мания
- 5. Непродуктивная мания

131. Обездвиженность на фоне эйфории и чувственного возбуждения

- 1. Спутанная мания
- 2. Онейроидная мания
- +3. Маниакальный ступор
- 4. Гневливая мания
- 5. Непродуктивная мания

132. Сочетание повышенного настроения и двигательного возбуждения с отсутствием стремления к деятельности, бедностью мышления, однообразием высказываний.

- 1. Спутанная мания
- 2. Онейроидная мания
- 3. Маниакальный ступор
- 4. Гневливая мания
- +5. Непродуктивная мания

133. Маниакальный синдром, при котором ускорение психических процессов достигает большой выраженности, наблюдается бессвязность мышления и речи, нарушенное сознание, спутанность.

- + 1. Спутанная мания
- 2. Онейроидная мания
- 3. Маниакальный ступор
- 4. Гневливая мания
- 5. Непродуктивная мания

134. Проявление на эйфоричном фоне резко ускоренного ассоциативного процесса с помрачением сознания сновидного типа

- 1. Спутанная мания
- +2. Онейроидная мания
- 3. Маниакальный ступор
- 4. Гневливая мания
- 5. Непродуктивная мания

135. Расстройства, подобные паркинсоническим, но обусловленные воздействием психотропного препарата

- 1. Интоксикационный делирий
- 2. Синдром Куленкампа-Тарнова
- +3. Псевдопаркинсонизм
- 4. Акатизия
- 5. Гепатит

136. Неспособность длительное время сохранять одну и ту же позу, сидеть, лежать, чем-либо заниматься.

- 1. Интоксикационный делирий
- 2. Синдром Куленкампа-Тарнова
- 3. Псевдопаркинсонизм
- +4. Акатизия

-5.Гепатит

137. Тяжелое осложнение нейролептической терапии, проявляющееся сокращением глазодвигательных мышц, мышц лица и шеи, затруднением дыхания и речи, акатизией и вегетативными расстройствами:

- 1.Интоксикационный делирий
- +2.Синдром Куленкампа-Тарнова
- 3.Псевдопаркинсонизм
- 4.Акатизия
- 5.Гепатит

138. Развитие синдрома расстройства сознания в связи с резким повышением дозы или отменой психотропных средств.

- +1.Интоксикационный делирий
- 2.Синдром Куленкампа-Тарнова
- 3.Псевдопаркинсонизм
- 4.Акатизия
- 5.Гепатит

139. «Открытость мыслей» характерна для:

- 1.Интоксикационный делирий
- 2.Синдром Куленкампа-Тарнова
- 3.Псевдопаркинсонизм
- 4.Акатизия
- +5. Синдром Кандинского-Клерамбо

140. Остро возникающее состояние, сопровождаемое бредом, галлюцинациями, бурным аффектом страха и злобы, нередко агрессивно-разрушительными поступками. После такого же острого разрешения, как правило, наблюдается амнезия.

- 1.Автоматизм действий
- 2.Амнезия
- +3.Сумеречное состояние сознания
- 4.Расстройство сознания с явлениями дромомании транса
- 5.Пароксизмальность возникновения и течения

141. Болезненное стремление к путешествиям с восприятием окружающих предметов и явлений не в полном объеме, частично.

- 1.Автоматизм действий
- 2.Амнезия
- 3.Сумеречное состояние сознания
- +4.Расстройство сознания с явлениями дромомании.
- 5.Пароксизмальность возникновения и течения

142. Внешне правильные движения, действия, но совершаемые бессознательно

- +1.Автоматизм действий
- 2.Амнезия
- 3.Сумеречное состояние сознания
- 4.Расстройство сознания с явлениями дромомании транса
- 5.Пароксизмальность возникновения и течения

143. Отсутствие воспоминания о периоде заболевания.

- 1.Автоматизм действий
- +2.Амнезия
- 3.Сумеречное состояние сознания
- 4.Расстройство сознания с явлениями дромомании транса
- 5.Пароксизмальность возникновения и течения

144. Причиной дипсомании часто является.

- 1.Автоматизм действий
- 2.Амнезия
- 3.Сумеречное состояние сознания
- 4.Расстройство сознания с явлениями дромомании транса
- +5.Дисфория

145. Необоснованное обвинение в воровстве и вредительстве.

- +1.Бред материального ущерба
- 2.Синдром Туретта
- 3.Болтливость и суетливость
- 4.Закон Рибо
- 5.Консерватизм

146. Относительное сохранение памяти по отношению к прошлым событиям при затрудненном запоминании текущего.

- 1.Бред материального ущерба
- 2.Жадность скарденность
- 3.Болтливость и суетливость
- +4.Закон Рибо
- 5.Консерватизм

147. Обильная, излишняя говорливость, сопровождающаяся массой двигательных актов.

- 1.Бред материального ущерба
- 2.Жадность
- +3.Болтливость и суетливость
- 4.Закон Рибо
- 5.Консерватизм

148. Патологическая склонность к накоплению сбережений и боязнь тратить их на повседневные жизненные нужды.

- 1.Бред материального ущерба
- +2.Жадность
- 3.Болтливость и суетливость
- 4.Закон Рибо
- 5.Консерватизм

149. Непризнание нового, приверженность к старым взглядам, привычкам.

- 1.Бред материального ущерба
- 2.Жадность
- 3.Болтливость и суетливость
- 4.Закон Рибо
- +5.Консерватизм

150. Немотивированное веселое, возбужденное настроение, напускные ребячливые выходы.

- +1.Дурашливость
- 2.Гримасничанье, вычурность
- 3.Гебефреническое возбуждение
- 4.Разорванность речи
- 5.Неадекватность эмоций

151. Болезненные проявления, выражающиеся в мимике, позах и движениях, носящих утрированный, нецеленаправленный характер

- 1.Дурашливость

- +2.Гримасничанье, вычурность
- 3.Гебефреническое возбуждение
- 4.Разорванность речи
- 5.Неадекватность эмоций

152. Бесцельная, неестественная двигательная активность, сопровождающаяся неадекватной мимикой, смехом, гримасничаньем, кривлянием

- 1.Дурашливость
- 2.Гримасничанье, вычурность
- +3.Гебефреническое возбуждение
- 4.Разорванность речи
- 5.Неадекватность эмоций

153. Нарушение мышления, характеризующееся тем, что грамматически правильно построенные фразы не связаны логически.

- 1.Бред ревности
- 2.Гримасничанье, вычурность
- 3.Гебефреническое возбуждение
- +4.Паралогическое мышление
- 5.Философская интоксикация

154. Возникновение чувств, противоположных вызвавшей их причине

- 1.Дурашливость
- 2.Гримасничанье, вычурность
- 3.Гебефреническое возбуждение
- 4.Разорванность речи
- +5.Неадекватность эмоций

155. Кажущееся исчезновение сниженного фона настроения под воздействием проводимого лечения

- +1. Зашторенная депрессия
- 2.Продуктивная меланхолия
- 3.Ажитированная депрессия
- 4.«Квартирная» депрессия
- 5.Матовая депрессия

156. Поверхностное бегущее мышление на фоне сниженного настроения

- 1.Зашторенная депрессия
- +2.Продуктивная меланхолия
- 3.Ажитированная депрессия
- 4.«Квартирная» депрессия
- 5.Матовая депрессия

157. Угнетенное настроение различной степени выраженности, сопровождающееся двигательным возбуждением

- 1.Зашторенная депрессия
- 2. Продуктивная меланхолия
- +3.Ажитированная депрессия
- 4.«Квартирная» депрессия
- 5.Матовая депрессия

158. Развитие угнетенного настроения при перемене места пребывания

- 1.Зашторенная депрессия
- 2. Продуктивная меланхолия
- 3. Ажитированная депрессия
- +4. «Квартирная» депрессия

-5. Матовая депрессия

159. Неяркое, невыразительное проявление угнетенного настроения

- 1. Зашторенная депрессия
- 2. Продуктивная меланхолия
- 3. Ажитированная депрессия
- 4. «Квартирная» депрессия
- +5. Матовая депрессия

160. Нарушение ориентировки во времени и месте, связанное с патологией памяти

- +1. Амнестическая дезориентировка
- 2. Фиксационная амнезия
- 3. Псевдореминисценции
- 4. Конфабуляции
- 5. Сохранность интеллекта

161. Отсутствие способности запомнить текущее событие

- 1. Амнестическая дезориентировка
- +2. Фиксационная амнезия
- 3. Псевдореминисценции
- 4. Конфабуляции
- 5. Сохранность интеллекта

162. Воспоминания пациента о событиях, имевших место, дополненных вымыслами и отнесенными к другому периоду жизни

- 1. Амнестическая дезориентировка
- 2. Фиксационная амнезия
- +3. Псевдореминисценции
- 4. Конфабуляции
- 5. Сохранность интеллекта

163. Вымыслы об имевших место в указанное время событиях, фактах, фантастического характера

- 1. Амнестическая дезориентировка
- 2. Фиксационная амнезия
- 3. Псевдореминисценции
- +4. Конфабуляции
- 5. Сохранность интеллекта

164. Сохранность интеллекта при наличии фиксационной амнезии характерна для

- +1. Корсаковский амнестический синдром
- 2. Психорганический синдром
- 3. Гебефренический синдром
- 4. Атипичная форма депрессии
- 5. Экзогенные психозы

165. Астенический синдром как результат органического поражения центральной нервной системы.

- +1. Церебрастения
- 2. Эксплозивность
- 3. Морионидный синдром
- 4. Апатобулический синдром
- 5. Деменция

166. Дефицит витаминов B1, B6 наблюдается при

- 1. Церебрастения

- +2. Корсаковский психоз
- 3. Мориоидный синдром
- 4. Апатобулический синдром
- 5. Деменция

167. Эйфория, многоречивость, благодушие, обстоятельность, снижение памяти с наличием травматического повреждения головного мозга пациента в анамнезе

- 1. Церебрастения
- 2. Эксплозивность
- +3. Мориоидный синдром
- 4. Апатобулический синдром
- 5. Деменция

168. Бесчувственность, безразличие пациента к собственной личности, окружающей среде

- 1. Церебрастения
- 2. Эксплозивность
- 3. Мориоидный синдром
- +4. Апатобулический синдром
- 5. Деменция

169. Приобретенное стойкое, малообратимое снижение уровня психической, в первую очередь интеллектуальной, деятельности, сопровождающееся необратимыми изменениями личности.

- 1. Церебрастения
- 2. Эксплозивность
- 3. Мориоидный синдром
- 4. Апатобулический синдром
- +5. Деменция

170. Проявление болезни, характеризующееся полной или частичной дезориентировкой, а также зрительными галлюцинациями, бессвязностью мышления, бредово-галлюцинаторными переживаниями, амнезией, сопровождающееся гипертермией

- +1. Расстройство сознания (делириозно-аментивное)
- 2. Бред ревности
- 3. Инициальный, лихорадочный и резидуальный бред
- 4. Гипермнезия
- 5. Энцефалопатия Гайе-Вернике

171. Крепелин ввел термин

- 1. Расстройство души
- 2. Расщепление памяти
- 3. Болезнь души.
- 4. Расщепление ума.
- +5. Раннее слабоумие

172. Развитие бредовых идей при высокой температуре, ее подъеме и спаде

- 1. Расстройство сознания (делириозно-аментивное)
- 2. Гипертермия
- +3. Инициальный, лихорадочный и резидуальный бред
- 4. Гипермнезия
- 5. Наличие токсико-инфекционного процесса

173. Синдромом Клайнфельтера называют

- 1. Квартирную депрессию
- 2. Дромоманию

- 3. Слезливую депрессию
- 4. Бред отношения
- +5. Одну из генетически-обусловленных форм умственной отсталости

174. Синдромом Дауна называют

- 1. Квартирную депрессию
- 2. Дромоманию
- 3. Слезливую депрессию
- 4. Бред отношения
- +5. Одну из генетически-обусловленных форм умственной отсталости

175. Кататонический синдром при ясном сознании с приступообразным течением

- +1. Люцидная кататония
- 2. Остро возникающий синдром Кандинского – Клерамбо
- 3. Острый параноид
- 4. Истинный галлюциноз
- 5. Депрессивно-ипохондрический вариант приступообразно-прогредиентной шизофрении

176. Развитие синдрома, включающего «голоса», проецируемые больным внутрь своей головы, чуждость, открытость и насильственность мыслей, собственное мнимое проговаривание слов

- 1. Люцидная кататония
- +2. Синдром Кандинского – Клерамбо
- 3. Острый параноид
- 4. Истинный галлюциноз
- 5. Депрессивно-ипохондрический вариант приступообразно-прогредиентной шизофрении

177. Остроболезненный процесс, характеризующийся возникающим параноидным синдромом со склонностью к развитию спонтанных ремиссий

- 1. Люцидная кататония
- 2. Остро возникающий синдром Кандинского – Клерамбо
- +3. Острый параноид
- 4. Истинный галлюциноз
- 5. Депрессивно-ипохондрический вариант приступообразно-прогредиентной шизофрении

178. Приступ психической болезни, характеризующийся наличием истинных, чаще вербальных, галлюцинаций и отрывочных интерпретативных бредовых идей

- 1. Люцидная кататония
- 2. Синдром Кандинского – Клерамбо
- 3. Острый параноид
- +4. Истинный галлюциноз
- 5. Депрессивно-ипохондрический вариант приступообразно-прогредиентной шизофрении

179. Сочетание ипохондрического синдрома с депрессивными признаками болезни, протекающей в виде сдвигов, приводящих к эмоционально-волевому оскудению личности

- 1. Люцидная кататония
- 2. Остро возникающий синдром Кандинского – Клерамбо
- 3. Острый параноид
- 4. Истинный галлюциноз
- +5. Депрессивно-ипохондрический вариант приступообразно-прогредиентной шизофрении

180. Течение болезненного процесса с обратным развитием состояний аффективной приподнятости или же угнетенности, разделенных светлыми промежутками, однако при наличии некоторой прогрессивности, способствующей в период ремиссии обнаружению признаков «психической слабости»

- +1. Циркулярная форма рекуррентной шизофрении
- 2. Депрессивно-параноидная форма рекуррентной шизофрении
- 3. Онейроидная кататония
- 4. Гипертоксическая шизофрения
- 5. Циклотимический, психопатоподобный вариант рекуррентной шизофрении

181. Периодическое возникновение бредовых идей различного содержания с угнетением настроения и тоски, характеризующиеся слабой прогрессивностью

- 1. Циркулярная форма рекуррентной шизофрении
- +2. Депрессивно-параноидная форма рекуррентной шизофрении
- 3. Онейроидная кататония
- 4. Гипертоксическая шизофрения
- 5. Циклотимический, психопатоподобный вариант рекуррентной шизофрении

182. Кататонический синдром со сновидными нарушениями сознания

- 1. Циркулярная форма рекуррентной шизофрении
- 2. Депрессивно-параноидная форма рекуррентной шизофрении
- +3. Онейроидная кататония
- 4. Гипертоксическая шизофрения
- 5. Циклотимический, психопатоподобный вариант рекуррентной шизофрении

183. Возникновение острого психоза при явлениях токсикоза, подобного тяжелому инфекционному заболеванию, но не обусловленного никакими известными соматическими болезнями и наиболее часто заканчивающегося летально.

- 1. Циркулярная форма рекуррентной шизофрении
- 2. Депрессивно-параноидная форма рекуррентной шизофрении
- 3. Онейроидная кататония
- 4. +Гипертоксическая шизофрения
- 5. Циклотимический, психопатоподобный вариант рекуррентной шизофрении

184. Периодическое колебание настроения с некоторым расстройством поведения и весьма вяло прогрессирующим изменением и снижением личности

- 1. Циркулярная форма рекуррентной шизофрении
- 2. Депрессивно-параноидная форма рекуррентной шизофрении
- 3. Онейроидная кататония
- 4. Гипертоксическая шизофрения
- +5. Циклотимический, психопатоподобный вариант рекуррентной шизофрении

185. Зрительные галлюцинации с дезориентировкой и амнезией, хорошо проецируемые в реальное пространство и обладающие интенсивной напряженностью форм, яркостью света и цвета. В анамнезе – признаки судорожного синдрома

- +1. Эпилептический эквивалент в форме делирия
- 2. Дисфория
- 3. Параноид
- 4. Сумеречное состояние сознания
- 5. Эпилептический ступор

186. Тоскливо-злобное, ворчливое настроение.

- 1. Эпилептический эквивалент в форме делирия
- +2. Дисфория
- 3. Параноид
- 4. Сумеречное состояние сознания

-5. Эпилептический ступор

187. Эпилептические припадки, следующие один за одним с приходом пациента в сознание в межприступный период

- 1. Эпилептический эквивалент в форме делирия
- +2. Серия припадков
- 3. Эпилептический эквивалент в форме параноида
- 4. Эпилептический статус
- 5. Эпилептический ступор

188. Глубокое помрачение сознания с дезориентировкой, двигательным автоматизмом и последующей амнезией (УЖЕ БЫЛО 140)

- 1. Эпилептический эквивалент в форме делирия
- 2. Дисфория
- 3. Эпилептический эквивалент в форме параноида
- +4. Сумеречное состояние сознания
- 5. Эпилептический ступор

189. Эпилептические припадки, следующие один за одним без прихода пациента в сознание.

- 1. +Эпистатус
- 2. Серия припадков
- 3. Эпилептический эквивалент в форме параноида
- 4. Сумеречное состояние сознания
- 5. Эпилептический ступор

190. Угнетение настроения после психотравмы. Тематически переживание отображает содержание ситуации, вызвавшей заболевание

- +1. Реактивная депрессия
- 2. Реактивный параноид
- 3. Пуэрилизм
- 4. Псевдодеменция
- 5. Сумеречное расстройство сознания (истерическое)

191. После события, вызвавшего тяжелые душевные переживания, возникают бредовые, ложные идеи, отображающие, однако, содержание психической травмы

- 1. Реактивная депрессия
- +2. Реактивный параноид
- 3. Пуэрилизм
- 4. Псевдодеменция
- 5. Сумеречное расстройство сознания (истерическое)

192. Безотчетное бегство от неприемлемой, тягостной ситуации к переживанию и поведению малого ребенка

- 1. Реактивная депрессия
- 2. Реактивный параноид
- +3. Пуэрилизм
- 4. Псевдодеменция
- 5. Сумеречное расстройство сознания (истерическое)

193. Вариант истерической реакции, при котором после предшествовавшей психотравмы пациент дает утрированно нелепые ответы на элементарные задания, неожиданно сохраняя способность верно выполнять более сложные задания. Также наблюдаются симптомы миморечи и мимодействия.

- 1. Реактивная депрессия
- 2. Реактивный параноид

- 3. Пуэрилизм
- +4. Псевдодеменция
- 5. Сумеречное расстройство сознания (истерическое)

194. Сужение сознания, сложившееся после психотравмирующего обстоятельства

- 1. Реактивная депрессия
- 2. Реактивный параноид
- 3. Пуэрилизм
- 4. Псевдодеменция
- +5. Сумеречное расстройство сознания (истерическое)

195. Нарастающая устойчивость к алкоголю, которая проявляется необходимостью принимать большие дозы для достижения прежнего эффекта.

- +1. Толерантность
- 2. Потеря чувства контроля
- 3. Симптом «опережения»
- 4. Утрата рвотного рефлекса
- 5. Психологическая зависимость

196. После употребления некоторой дозы алкоголя, нарастает потребность в еще больших дозах, вплоть до окончательного глубокого опьянения

- 1. Толерантность
- +2. Потеря чувства контроля
- 3. Симптом «опережения»
- 4. «Юмор алкоголика»
- 5. Психологическая зависимость

197. Стремление зависимых от алкоголя ускорять темп и увеличивать количество потребления алкоголя, особенно заметное в компаниях.

- 1. Толерантность
- 2. Потеря чувства контроля
- +3. Симптом «опережения»
- 4. «Юмор алкоголика»
- 5. Психологическая зависимость

198. Склонность к плоским нелепым шуткам, анекдотам, при отсутствии критики к своим высказываниям

- 1. Толерантность
- 2. Потеря чувства контроля
- 3. Симптом «опережения»
- +4. «Юмор алкоголика»
- 5. Психологическая зависимость

199. Стремление к достижению психологического комфорта путем приема алкоголя, превратившееся в жизненную потребность

- 1. Толерантность
- 2. Потеря чувства контроля
- 3. Симптом «опережения»
- 4. «Юмор алкоголика»
- +5. Психологическая зависимость

200. Появление зрительных обманов восприятия в виде различных проецируемых в пространство существ устрашающего характера, черно-белой окраски, с дезориентировкой в месте, времени.

- +1. Белая горячка
- 2. Алкогольный галлюциноз

- 3.Корсаковский психоз
- 4.Алкогольный бред ревности
- 5.Дипсомания

7 семестр изучения в соответствии с УП форма промежуточной аттестации – экзамен	
Код и наименование проверяемой компетенции:	ПК – 2 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза
	ПК-2.1 Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента, проведение полного физикального обследования; формирует предварительный диагноз и составляет план обследования
	ПК-2.2 Проводит дифференциальную диагностику заболеваний внутренних органов от других заболеваний
	ПК-2.3 Устанавливает диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
	ПК-2.4 Использует медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

Практико-ориентированные задания (ситуационные задачи).

Задача № 1

Больная Р ., 29 лет. Доставлена машиной скорой помощи Без сознания. Кожные покровы бледные с цианотическим оттенком. Язык прикушен. Температура тела 37,8°С. Каждые 2—3 мин повторяются судорожные припадки: напряжение мышц лица, опистотонус, разгибание плеч, предплечий и кистей рук, бедер, голеней и стоп. Во время припадка зрачки максимально расширены, глазные яблоки в состоянии дивергенции, зрачковые и корнеальные рефлексы отсутствуют. Апноэ, углубляющийся цианоз, тахикардия до 150 в минуту. Длительность припадка около 30 с, он заканчивается рвотой. В легких везикулярное дыхание, границы сердца не изменены. После приступа без сознания Пульс 120 в минуту. АД 100/60 мм рт. ст. Зрачки сужены, их реакция на свет сохранена, корнеальные рефлексы живые. Кожные и глубокие рефлексы снижены Двусторонний симптом Бабинского.

Вопрос: дайте определение данному состоянию. 1. Статус генерализованных тонико-клонических приступов 2. Статус абсансов 3. Серийные припадки 4. Статус псевдоэпилептических приступов 5. Статус тонических приступов

Ответ: 5

Задача № 2

Больной А., 29 лет . разнорабочий. Анамнез без особенностей. ЯМРТ. -норма Ранее не лечился. Дебют в 17 лет. Больной 2-3 раза в год при пробуждении или засыпании внезапно, без ауры, теряет сознание, иногда с резким пронзительным криком, появляются последовательно сменяющиеся тонические и клонические судороги, заканчивающиеся амнезией.

Вопрос: назовите предположительный диагноз? 1. Псевдоэпилептические приступы 2. Эпилепсия с простыми фокальными приступами 3. Эпилептическая афазия 4. Эпилепсия с типичными абсансами. 5. Эпилепсия с генерализованными тонико-клоническими припадками.

Ответ: 5

Задача № 3

Больной Т., 23 года, работает инженером. Впервые обратился с жалобами на пароксизмы. Больной внезапно бледнеет, лицо делается "пустым", невыразительным, взгляд неподвижно устремлен в пространство. Больной или замолкает, или прекращает работу. Однако вскоре (через 3-10 сек) больной продолжает прерванные занятия, не замечая того, что с ним произошло. На ЭЭГ наличие специфических паттернов в виде генерализованных комплексов "спайк-волна" частотой 3-3,5 гц.

Вопрос: назовите предположительный диагноз? 1. Псевдоэпилептический приступ 2. Эпилепсия со сложными фокальными приступами 3. Транзиторная ишемическая атака 4. Эпилепсия с типичными абсансами. 5. Синкопальное состояние.

Ответ: 4

Задача № 4

Больной И., 20 лет. Последний год у больного внезапно помрачается сознание: он дезориентирован в окружающем, но сохраняется взаимосвязанность действий и поступков. В это время он высказывает бредовые идеи, испытывает галлюцинации на фоне бурного аффекта страха, тоски, злобы. Больной резок, агрессивен, его охватывает ярость с бессмысленным стремлением к разрушению или убийству. Такие состояния возникают и прекращаются внезапно. Повторяется 1-2 раза в месяц.

Вопрос: какое расстройство описано в примере? 1. Алкогольный делирий 2. Кататоническое возбуждение 3. Эпилептический онейроид 4. Острый параноид. 5. Сумеречное помрачение сознания (галлюцинаторно-бредовой вариант)

Ответ: 5

Задача № 5

Больная А. 17-ти лет утром отправилась на работу, однако бессмысленно бродила по городу, разъезжала на городском транспорте. На встречающихся знакомых производила впечатление угрюмой, утомленной и какой-то растерянной, отвечала на несложные вопросы, но не вызывала у окружающих каких-либо подозрений в ее психическом неблагополучии. Как сообщила потом больная, она оказалась на незнакомой улице, время приближалось к обеденному перерыву, но она никак не могла вспомнить, где она была и что делала в это время. Ранее не лечилась.

Вопрос: какое расстройство описано в примере? 1. Псевдоэпилептический приступ 2. Эпилепсия с приступами по типу трансов 3. Эпилепсия с простыми фокальными приступами с психическими нарушениями 4. Эпилепсия с типичными абсансами 5. Синкопальное состояние.

Ответ: 2

Задача № 6

Больной Т., 18 лет впервые обратился к врачу. Как выяснилось из беседы, он вышел из института вместе с товарищами, "разговаривали на общие темы". Внезапно он как-то резко повернулся и бросился на проезжую часть дороги. Там остановился и стал снимать пальто резкими движениями. Вскоре прекратил свои действия и растерянный подошел к своим товарищам. Объяснить свое поведение не смог, растерянно оглядывался на остановившихся прохожих.

Вопрос: назовите предположительный диагноз? 1. Эпилепсия со сложными фокальными приступами по типу сомнамбулизма 2. Эпилепсия со сложными фокальными приступами по типу трансов 3. Эпилепсия с тоническими приступами 4. Идиопатическая генерализованная эпилепсия с сенсорными нарушениями 5. Эпилепсия со сложными фокальными приступами по типу фуги.

Ответ: 5

Задача № 7

Больная Д., 44 года, страдает эпилепсией с 9-и лет в виде генерализованных тонико-клонических приступов. Обычно она утрированно вежлива и слащава в обращении с персоналом. Внезапно состояние меняется, она становится злобной, тоскливой, тревожной. Высказывает недовольство тем, что происходит вокруг, конфликтует с больными, громко, цинично бранится, сетует на плохое отношение, с ожесточением набрасывается на больных. Спустя сутки-двое ее поведение становится обычным.

Вопрос: назовите предположительный диагноз? 1. Эпилепсия с генерализованными тонико-клоническими и со сложными фокальными приступами по типу сомнамбулизма 2. Эпилепсия со сложными фокальными приступами по типу трансов 3. Эпилепсия с простыми фокальными приступами с психическими нарушениями 4. Эпилепсия с генерализованными тонико-клоническими приступами и сложными аффективными (по типу дисфории) психическими эквивалентами 5. Эпилепсия со сложными фокальными приступами по типу фуги

Ответ: 4

Задача № 8

Больной 20-и лет, с 6-и лет страдает эпилепсией. Мышление его тугоподвижно, с трудом переключается с одной темы на другую, обстоятелен, часто пользуется уменьшительно-ласкательными словами. Он слащав, льстив, утрированно вежлив, но легко переходит к агрессии и злобе. Память резко снижена, сообразительность плохая, ассоциации скудные.

Вопрос: при эпилепсии выявляются следующие расстройства мышления, кроме: 1. Брадифрениии 2. Обстоятельности 3. Паралогичности 4. Персеверации 5. Склонности к детализации

Ответ: 3

Задача № 9

Больной О., 42 года болен 12 лет. Припадки проявляются чувством отчужденности, иллюзиями, иногда галлюцинациями (чаще зрительными, моторной остановкой, застывшим взглядом и ороалиментарными автоматизмами с вегетативным компонентом, продолжительностью свыше 2 минут. Лечится фенobarбиталом. ЭЭГ в начале припадка – одностороннее уплощение ЭЭГ. МРТ – гиппокампальный склероз. В психическом статусе – нарушение памяти, эгоцентризм, обстоятельность, эмоциональная лабильность.

Вопрос: при какой при локализации эпилептического очага развивается описанное состояние? 1. Теменной 2. Височной 3. Затылочной 4. Неверно все вышеперечисленное 5. Все вышеперечисленное верно.

Ответ: 2

Задача № 10

Больной А., 9 лет, страдает эпилепсией с 5 лет, приступы бессудорожные генерализованные, длительностью 3-10 сек., по типу «замирания», частые. При пробуждении у больного развилось следующее состояние: приступы резко участились, следуя один за другим; амимия, слюнотечение. Ребенок выглядит мечтательным, дезориентирован в месте и времени, двигателью заторможен. Нарушение сознания на уровне легкой сомноленции, реагирует на оклик. Речь замедлена, растянута, больше похожа на бормотание. Ответы на вопросы неадекватны или односложны. Продолжительность состояния несколько часов. После окончания больной описывает ощущение нереальности происходящего. Память на произошедшее сохранена.

Вопрос: дайте определение данному состоянию. 1. Статус генерализованных тонико-клонических приступов 2. Статус типичных абсансов 3. Серийные парциальные припадки. 4. Статус псевдоэпилептических приступов 5. Статус тонических приступов.

Ответ: 2

Задача № 11

Пациент С.Л., 35 лет, слесарь. Жалобы: судорожные приступы с выключением сознания.

Болен с 19 лет. Наследственность отягощена эпилепсией по материнской линии. Пароксизмы характеризуются внезапной потерей сознания, напряжением произвольной мускулатуры, внезапным и быстрым падением, сопровождаемым громким криком, остановкой дыхания, нарастающей бледностью кожи и слизистых, сменяющейся цианозом. Зрачки расширены, на свет не реагируют. Через 30—60 секунд верхняя челюсть совершает движения, при которых происходит ритмическое смыкание ротовой щели, изо рта выделяется пена, окрашенная кровью, так как обычно больной прикусывает язык. Голова совершает ритмические движения сгибания и разгибания, реже ротации. В плечах отмечаются сгибание и разгибание, в предплечьях — разгибательно-пронаторные движения; в ногах судороги по типу тройного укорочения и последующего удлинения, дыхание восстанавливается, становится шумным, прерывистым. Возможно непроизвольное мочеиспускание. Сознание глубоко помрачено. По прошествии двух-трех минут, выявляется мышечная гипотония, патологические рефлексы, мидриаз, отсутствие реакции зрачков на свет. Затем следовал глубокий продолжительный сон. Воспоминаний о припадках у больного не сохранялось.

ЭЭГ: (межприступный период) Короткие вспышки генерализованной полипиковолновой активности с амплитудным преобладанием в левой гемисфере и частотой около 3 Гц.

КТ, ЯМРТ : норма.

Вопрос: каким видом приступов страдает больной? 1. Серийные приступы 2. Атонические приступы 3. Типичные абсансы 4. Тонико-клонические генерализованные судорожные приступы 5. Миоклонические приступы

Ответ: 4

Задача № 12

Больной М., 13 лет. Ученик 6-го класса. Время от времени поднимается в ночное время и бродит по квартире. В это время он может даже открыть запертую дверь, выйти на улицу. При попытке уложить в постель оказывает бессмысленное сопротивление, становится агрессивным, не откликается на имя. Спустя некоторое время становится послушным, позволяет уложить себя в постель. Утром жалуется на головную боль, эпизод амнезирует. В раннем возрасте у мальчика были редкие эпилептические судорожные припадки. Последние 2-3 года ухудшилась успеваемость в школе.

Вопрос: назовите предположительный диагноз? 1. Эпилепсия со сложными фокальными приступами по типу сомнамбулизма 2. Эпилепсия со сложными фокальными приступами по типу фуги 3. Эпилепсия с миоклоническими приступами и психическими эквивалентами по типу дисфории. 4. Идиопатическая генерализованная эпилепсия с атоническими приступами 5. Ничего из вышеперечисленного.

Ответ: 1

Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов **Тестовые задания**

Правильный ответ на тестовое задание отмечен +

201. При хорошей ориентировке в месте, времени, в собственном «я» пациент слышит извне хорошо проецируемые человеческие голоса. Ведется спор о больном в третьем лице. Тема спора отражает болезнь пациента, послужившую причиной расстройства.

- 1. Белая горячка
- +2. Алкогольный галлюциноз
- 3. Корсаковский психоз
- 4. Алкогольный бред ревности
- 5. Дипсомания

202. Синдром, состоящий из фиксационной амнезии, полиневрита, в анамнезе – алкогольная зависимость.

- 1. Белая горячка
- 2. Алкогольный галлюциноз
- +3. Корсаковский психоз
- 4. Алкогольный бред ревности
- 5. Дипсомания

203. Пациент, страдающий от алкогольной зависимости, за последние 6 месяцев «столкнулся с фактами неверности жены», стал их анализировать, сопоставлять, заниматься выслеживанием.

- 1. Белая горячка
- 2. Алкогольный галлюциноз
- 3. Корсаковский психоз
- +4. Алкогольный бред ревности
- 5. Дипсомания

204. Периодически возникающее дисфорическое состояние, неудовлетворенность жизнью, приводящее к безудержному пьянству, после которого развивается воздержание и безразличие к алкоголю.

- 1. Белая горячка
- 2. Алкогольный галлюциноз
- 3. Корсаковский психоз
- 4. Алкогольный бред ревности
- +5. Дипсомания

205. На фоне плохого слуха возникает стойкая тревожная подозрительность в отношении недоброжелательности окружающих, высмеивания его недостатков, ущемления прав

- +1.Бред тугоухих
- 2.Психологически понятная связь
- 3.Бред сутяжный (кверулянтов) по типу патологического развития личности
- 4.Индукцированный бред
- 5.Острый реактивный параноид

206. Отражение в тематике бреда содержания психотравмы

- 1.Бред тугоухих
- 2.Интерпретативный бред
- 3.Бред сутяжный (кверулянтов) по типу патологического развития личности
- 4.Индукцированный бред
- +5. Острый реактивный параноид

207. Под влиянием обиды, несправедливости, затронувших интересы пациента, развивается интенсивная и напряженная деятельность в «борьбе за правду», что сопровождается бесчисленными жалобами и разоблачительными письмами в различные инстанции.

- 1.Бред тугоухих
- 2. Интерпретативный бред
- +3.Бред сутяжный (кверулянтов) по типу патологического развития личности
- 4.Индукцированный бред
- 5.Острый реактивный параноид

208. Бредовые идеи пациент того же содержания, что у матери, у которой возникло заболевание первично

- 1. Бред тугоухих
- 2. Интерпретативный бред
- 3. Бред сутяжный (кверулянтов) по типу патологического развития личности
- +4.Индукцированный бред
- 5.Острый реактивный параноид

209. Современная экспертиза алкогольного опьянения проводится согласно Постановлению Совмина №

- 1. 479
- 2. 474
- 3. 494
- +4. 497
- 5. 469

210. Форма умственной отсталости, при которой наблюдаются большие размеры черепа, особенно выступают лобные и теменные части головы, выпячивание глаз

- +1.Гидроцефалия
- 2.Микроцефалия
- 3.Болезнь Дауна
- 4.Кретинизм
- 5.Фенилкетонурия, лактозэмия

211. Малые размеры черепа, низкий интеллект

- 1. Гидроцефалия
- +2.Микроцефалия
- 3.Болезнь Дауна

- 4.Кретинизм
- 5.Фенилкетонурия, лактозэмия

212. Далеко отстоящие друг от друга криво поставленные глаза со складкой «третьего века», большой язык, гипотония мышц, гиперэкстензия суставов, низкий интеллект

- 1. Гидроцефалия
- 2. Микроцефалия
- +3.Болезнь Дауна
- 4.Кретинизм
- 5.Фенилкетонурия, лактозэмия

213 Карликовый рост, глубокая переносица, вялость, апатия, интеллект низкий

- 1. Гидроцефалия
- 2. Микроцефалия
- 3. Болезнь Дауна
- +4.Кретинизм
- 5.Фенилкетонурия, лактозэмия

214. Приобретенное слабоумие

- 1. Гидроцефалия
- 2. Микроцефалия
- 3. Болезнь Дауна
- 4. Кретинизм
- +5. Деменция

215. Расстройство мышления при шизофрении, заключающееся в особенности форм мысли, в которых предпосылки не соответствуют умозаключению

- +1.Паралогичность мышления
- 2.Соскальзывание понятий
- 3.Агглютинации
- 4.Неологизмы
- 5.«Шперрунг», задержка мыслей

216. Расстройство мышления при шизофрении в виде неожиданных переходов в речи пациента с одних, тематически весьма отдаленных, на другие

- 1. Паралогичность мышления
- +2.Соскальзывание понятий
- 3. Агглютинации
- 4.Неологизмы
- 5.«Шперрунг», задержка мыслей

217. Расстройство мышления при шизофрении – соединение слов, понятий, образов

- 1. Паралогичность мышления
- 2. Соскальзывание понятий
- +3. Агглютинации
- 4.Неологизмы
- 5.«Шперрунг», задержка мыслей

218. Употребление не встречающихся ранее в речи слов, используемых для выражения болезненно расстроенного мышления

- 1. Паралогичность мышления
- 2. Соскальзывание понятий
- 3.Агглютинации
- +4.Неологизмы
- 5.«Шперрунг», задержка мыслей

219. Обрыв мыслительного процесса при шизофрении

- 1. Паралогичность мышления
- 2. Соскальзывание понятий
- 3. Галлюцинации
- 4. Неологизмы
- +5.«Шперрунг»

220. Быстро прогрессирующее ослабление интеллекта, все нарастающее огрубение критики, снижение в этических чувствованиях, в этикете, расточительность. Специфические серологические реакции положительны

- +1.Прогрессивный паралич
- 2.Эйфория
- 3.Симптом Арджилл-Робертсона
- 4.Экспансивный, мегаломанический бред величия
- 5.Дизартрия

221. Нарушение целенаправленных движений и действий при сохранности составляющих его элементарных движений – это:

- 1. акатизия
- +2. апраксия
- 3. дискенизия
- 4. абазия
- 5. Акинезия

222. Симптом заболевания, при котором зрачки не реагируют на свет, хорошо реагируют на конвергенцию и аккомодацию

- 1. Парез психических функций, деменция
- 2. Эйфория
- +3.Симптом Арджилл-Робертсона
- 4.Экспансивный, мегаломанический бред величия
- 5.Дизартрия

223. Пациент считает, что он «владыка всех государств и стран, повелитель стратосферы и околосолнечного пространства»

- 1. Парез психических функций, деменция
- 2. Эйфория
- 3. Симптом Арджилл-Робертсона
- +4.Экспансивный, мегаломанический бред величия
- 5.Дизартрия

224. Отсутствие возможности произнести слова и фразы, содержащие сложные сочетания согласных и требующие напряжения артикуляционного аппарата речи

- 1. Парез психических функций, деменция
- 2. Эйфория
- 3. Симптом Арджилл-Робертсона
- 4. Экспансивный, мегаломанический бред величия
- +5.Дизартрия

225. Остро возникающий в зрелом возрасте конфабуляторный бред величия с галлюцинациями и элементами психического автоматизма, длительное время не приводящий к эмоционально-волевому и интеллектуальному снижению, с периодически возникающими аффективными расстройствами

- +1.Острая парафрения
- 2.Онейроидная кататония
- 3.Фебрильная кататония
- 4.Депрессивно-параноидная форма периодической шизофрении

-5.Циркулярная форма периодической шизофрении

226. Какое из приведенных утверждений справедливо для параноидной шизофрении?

- 1. У пациента проявляется отчетливый и стойкий бред преследования или отношения, но не обязательно присутствуют другие симптомы шизофрении
- 2. у больных параноидной шизофрении всегда наблюдаются отчетливые признаки инкогерентного мышления и шперрунги
- 3. вследствие нарушения социального функционирования, прогноз у больных параноидной шизофрении хуже. чем у больных недифференцированной шизофрении
- 4. у больных параноидной шизофренией в большей степени проявляются нейрпатологические и нейрохимические нарушения, чем при других формах шизофрении+
- 5. ни одно из приведенных

227. Остро возникающий, злокачественно протекающий симптомокомплекс, сопровождающийся высокой температурой, яркими вегетативными проявлениями, изменением в анализах крови, мочи, падением веса, нередко приводящий к летальному исходу

- 1. Острая парафрения
- 2. Онейроидная кататония
- +3. Фебрильная кататония
- 4. Депрессивно-параноидная форма периодической шизофрении
- 5. Циркулярная форма периодической шизофрении

228. Болезненный симптомокомплекс, включающий в себя угнетенное настроение, различные виды бредовых идей и в процессе периодического течения приводящий к эмоционально-волевому оскуднению личности

- 1. Острая парафрения
- 2. Онейроидная кататония
- 3. Фебрильная кататония
- +4. Депрессивно-параноидная форма шизофрении
- 5. Циркулярная форма периодической шизофрении

229. Периодически возникающие приступы депрессии и маниакального состояния с бредовыми идеями, галлюцинациями, приводящие к медленному изменению и интеллектуальному снижению личности

- 1. Острая парафрения
- 2. Онейроидная кататония
- 3. Фебрильная кататония
- 4. Депрессивно-параноидная форма периодической шизофрении
- +5. Циркулярная форма периодической шизофрении

230. Воспаление нескольких нервных стволов с явлениями периферических параличей в результате интоксикации при Корсаковском психозе

- +1. Полиневрит
- 2. Фиксационная амнезия
- 3. Конфабуляции
- 4. Сохранность интеллекта
- 5. Псевдореминисценции

231. Отсутствие способности запоминать текущие события

- 1. Полиневрит
- +2. Фиксационная амнезия
- 3. Конфабуляции
- 4. Сохранность интеллекта
- 5. Псевдореминисценции

232. Для корсаковского психоза не характерно

- 1. Полиневрит
- 2. Фиксационная амнезия
- 3. Конфабуляции
- 4. Сохранность интеллекта
- +5. Гипермнезия

233. К симптомам Корсаковского психоза НЕ относится

- 1. Полиневрит
- 2. Фиксационная амнезия
- 3. Конфабуляции
- +4. Бред величия
- 5. Псевдореминисценции

234. Воспоминания пациента о событиях, имевших место в жизни, с дополнительными вымыслами или же отнесение этих событий к другому периоду жизни.

- 1. Полиневрит
- 2. Фиксационная амнезия
- 3. Конфабуляции
- 4. Криптомнезии
- +5. Псевдореминисценции

235. Остро развивающаяся глухонмота в результате воздушной контузии

- +1. Сурдомутизм
- 2. Ретроантероградная амнезия
- 3. Энцефалопатия
- 4. Апатико-абулический синдром
- 5. Мория

236. Выделение из памяти событий как предшествующих наступлению заболевания, так и последующих ему

- 1. Сурдомутизм
- +2. Ретроантероградная амнезия
- 3. Энцефалопатия
- 4. Апатико-абулический синдром
- 5. Мория

237. Стойкие очаговые нарушения нервной системы, сопровождающиеся явлениями астении, эмоционального огрубления, взрывчатостью, конфликтностью, некоторым интеллектуально-мнестическим снижением

- 1. Сурдомутизм
- 2. Ретроантероградная амнезия
- +3. Энцефалопатия
- 4. Апатико-абулический синдром
- 5. Мория

238. Состояние, сопровождающееся снижением эмоциональных проявлений, равнодушием и безволием с признаками органического поражения центральной нервной системы.

- 1. Сурдомутизм
- 2. Ретроантероградная амнезия
- 3. Энцефалопатия
- +4. Апатико-абулический синдром
- 5. Мория

239. Веселье, с явлениями дурашливости, обстоятельности как результат органического поражения центральной нервной системы
- 1. Сурдомутизм
 - 2. Ретроантероградная амнезия
 - 3. Энцефалопатия
 - 4. Апатико-абулический синдром
 - +5. Мория
240. Расстройство сознания:
- 1. Паранойд
 - 2. Сурдомутизм
 - 3. Дизартрия
 - 4. Конфабуляции
 - +5. Делирий
241. Расстройство мышления в виде бреда:
- +1. Паранойд
 - 2. Сурдомутизм
 - 3. Дизартрия
 - 4. Конфабуляции
 - 5. Делирий
240. Расстройство памяти:
- 1. Паранойд
 - 2. Сурдомутизм
 - 3. Дизартрия
 - +4. Конфабуляции
 - 5. Делирий
243. Признак имбецильности
- 1. Мантизм
 - 2. Апатико-абулический синдром
 - 3. Энцефалопатия
 - +4. Неспособность к школьному обучению
 - 5. Паралогичность мышления
244. Отсутствие восприятия обращенной речи и речевого общения с окружающими:
- 1. Паранойд
 - +2. Сурдомутизм
 - 3. Дизартрия
 - 4. Конфабуляции
 - 5. Делирий
245. Нарушение произносительной стороны речи, возникающее вследствие органического поражения центральной нервной системы.
- 1. Паранойд
 - 2. Сурдомутизм
 - +3. Дизартрия
 - 4. Конфабуляции
 - 5. Делирий
246. Угнетенное настроение в пожилом возрасте различной степени выраженности, сопровождающееся двигательным возбуждением.
- 1. Возраст обратного развития
 - +2. Ажитированная меланхолия
 - 3. Инволюционная истерия

- 4.Поздняя кататония
- 5.Дурашливость

247. Тревога, тоска, масса необоснованных жалоб, но с преобладанием демонстративности, театральности, нередко с бредовым толкованием, с установочностью поведения, пожилой возраст

- 1. Возраст обратного развития
- 2. Ажитированная меланхолия
- +3.Инволюционная истерия
- 4.Поздняя кататония
- 5.Инволюционный параноид

248. Ступорозные проявления болезни, впервые наступившие в инволюционном возрасте

- 1. Возраст обратного развития
- 2. Ажитированная меланхолия
- 3. Инволюционная истерия
- +4.Поздняя кататония
- 5.Инволюционный параноид

249. Возникновение бредовых идей конкретного, «житейского» содержания на общем фоне возрастного увядания организма

- 1. Микропсия
- 2. Ажитированная меланхолия
- 3. Инволюционная истерия
- 4. Поздняя кататония
- +5.Инволюционный параноид

250. Влечение к подглядыванию - это:

- 1. Эксгибиционизм
- +2. Визионизм
- 3. Фетишизм
- 4. Скопофилия
- 5. Дромомания

251. Нарушение полового самосознания наблюдается при:

- 1. Гомосексуализме
- 2. Трансвестизме
- +3. Транссексуализме
- 4. Эксгибиционизме
- 5. При всех перечисленных расстройствах

252. 7-летняя девочка, госпитализированная для произведения тонзилэктомии в ЛОР отделение, просыпается и в страхе кричит, что в ее палате «большой медведь». Она успокаивается, когда санитарка, услышав ее крик, входит в комнату, включает свет и становится видно, что медведь оказался подлокотником кресла, покрытом пальто. Этот случай является примером:

- 1. бреда
- 2. галлюцинаций
- +3. иллюзий
- 3. дисморфофобии
- 4. дереализации

253. Состояние «восковой гибкости» отмечается при соматическом исследовании больных с:

- 1. алкогольным галлюцинозом

- 2. манией
- 3. кокаиновой интоксикацией
- 4. алкогольным делирием
- +5. кататонической шизофренией

254. Сноподобные фантастические галлюцинации при расстроенном сознании.

- 1. делирий
- +2. онейроид
- 3. аменция
- 4. сумеречное состояние
- 5. ни одно из названных состояний

255. Повышенное настроение и активность, стремление к деятельности, сексуальная расторможенность:

- 1. кататонический синдром
- 2. параноидный синдром
- 3. паранойяльный синдром
- +4. маниакальный синдром
- 5. мориоидный синдром

256. Подберите среди ответов наиболее соответствующий понятию «продуктивная симптоматика»:

- 1. прогрессирующая амнезия
- +2. систематизированный бред
- 3. эйфория
- 4. абулия
- 5. лакунарное слабоумие

257. Возможность возникновения социально опасных форм поведения:

- 1. бредовые идеи
- 2. дисфория
- 3. патологический аффект
- 4. патологическое опьянение
- +5. все перечисленное

258. Пациент чувствует, что части его тела стали непропорциональны, а руки и ноги изменили свои размеры:

- 1. сенестопатии
- 2. истинные галлюцинации
- 3. иллюзии
- +4. расстройство схемы тела
- 5. псевдогаллюцинации

259. Подберите среди ответов, наиболее соответствующий понятию «негативная симптоматика»:

- 1. тотальное слабоумие
- 2. лакунарное слабоумие
- 3. концентрическое слабоумие
- +4. всё указанное
- 5. ни одно из названных расстройств

260. Если пациент, находящийся в клинике около месяца, заявляет, что вчера был на работе, это признаки:

- +1. псевдореминисценции
- 2. конфабуляции
- 3. ретроградной амнезии

- 4. гипермнезии
- 5. криптомнезии

261. Ошибочное восприятие реально существующих предметов, явлений:

- 1. галлюцинации
- +2. иллюзии
- 3. сенестопатии
- 4. деперсонализация
- 5. дисморфофобия

262. Псевдогаллюцинации наблюдаются при:

- +1. синдром психического автоматизма
- 2. паранойяльный синдром
- 3. дементный синдром
- 4. амнестический синдром
- 5. абстинентный синдром

263. Подберите среди ответов наиболее соответствующий понятию «астазия-абазия»

- 1. невращения
- 2. прогрессивный паралич
- +3. истерический невроз
- 4. невроз навязчивых состояний
- 5. ни одно из перечисленного

264. На фоне высокой температуры у ребенка появились спонтанные зрительные галлюцинации. Он не понимает где находится, испуган, возбужден. Определите синдром:

- 1. онейроид
- 2. аменция
- +3. делирий
- 4. сумеречное расстройство сознания
- 5. недостаточно данных для диагноза

265. Речь пациента неконкретна, витиевата, отсутствует тематическая содержательность, целенаправленность:

- 1. замедленное мышление
- 2. шперрунг
- +3. резонерство
- 4. патологическая обстоятельность
- 5. паралогическое мышление

266. Женщина 56 лет, длительно болеющая гипертонической болезнью, жалуется на забывчивость (долго не может вспомнить, куда положила вещи, деньги). Какой симптом характерен для описанного расстройства?

- 1. параноид
- 2. гипермнезия
- +3. фиксационная амнезия
- 4. слабодушие
- 5. дисфория

267. Пациент лежит с закрытыми глазами, не реагирует на вопросы, при попытке сделать инъекцию начинает стонать. При каком состоянии пациент реагирует на боль, но в контакт не вступает?

- 1. оглушение
- +2. сопор
- 3. кома
- 4. все перечисленные состояния

-5. ни одно из перечисленных состояний

268. Какой из вариантов более точен для понятия «дисморфомания»?

- 1. ощущение, что окружающие предметы изменились по форме и размерам
- 2. ощущение, что изменились размеры собственного тела
- +3. убежденность в наличии физического недостатка или уродства
- 4. стремление к бродяжничеству
- 5. запой

269. Лечение панических расстройств обычно начинают с назначения какой группы препаратов?

- +1. Антидепрессанты с противотревожным профилем
- 2. Антидепрессанты с активирующим профилем
- 3. Антидепрессанты со сбалансированным профилем
- 4. Антидепрессанты «двойного» действия
- 5. Транквилизаторы

270. Какое описание соответствует понятию психического автоматизма?

- +1. чувство, что мыслями управляют извне
- 2. подсознательное повторение больным мимики врача
- 3. сложные суждения пациента. не поддающиеся коррекции
- 4. импульсивные, немотивированные поступки больных
- 5. ни один из перечисленных

271. Какое из нижеследующих утверждений по поводу бреда верно:

- 1. бред встречается исключительно при шизофрении
- 2. бред величия встречается редко, за исключением случаев маниакальных расстройств
- +3. бред является одной из форм нарушения познавательной сферы
- 4. бред включает расстройства восприятия
- 5. бред является одним из типов галлюцинаций

272. Какое из следующих утверждений по поводу зрительных галлюцинаций верно:

- 1. они чаще, чем слуховые галлюцинации, встречаются при шизофрении
- 2. они всегда являются устрашающими для пациента
- 3. они чаще встречаются при шизофрении, чем при органических психических расстройствах
- 4. они могут наблюдаться при агорафобии
- +5. ни одно из перечисленных

273. Что из ниже следующего, согласно критериям МКБ-10, отличает шизофрению от маниакального эпизода с психотическими симптомами?

- 1. у больных шизофренией будут отмечаться признаки расстройства мышления
- 2. больные с маниакальными расстройствами будут постоянно находиться в приподнятом настроении, а больные шизофренией обнаруживают сглаженный, уплощенный или неадекватный аффект
- 3. шизофренический психоз наиболее часто поддается лечению нейролептиками
- 4. шизофрения является преходящей, в то время как маниакальное расстройство, главным образом, продолжительно
- +5. симптомы психического автоматизма

274. Симптомы наиболее вероятно связанные с кататонической шизофренией, чем с другими формами, включают:

- 1. неологизмы
- 2. расстройства эмоциональной сферы
- 3. словесную окрошку

- +4.возбуждение и ступор
- 5.бред

275. Прогрессиентность течения характерна для:

- 1. простой шизофрении
- 2. гебефренической шизофрении
- 3. кататонической шизофрении
- 4. параноидной шизофрении
- +5. всех форм шизофрении

276. Что не характерно для гебефренической шизофрении?

- 1. раннее начало заболевания (14-17 лет)
- 2. течение без ремиссий
- 3. преобладание в клинике возбуждения и дурашливой веселости
- +4. онейроидное помрачение сознания
- 5. быстрое формирование апатико-абулического синдрома

277. Для какой формы шизофрении характерно наличие ступора, негативизма и симптомов «эхо»?

- 1. простая форма
- 2. гебефреническая форма
- +3. кататоническая форма
- 4. параноидная форма
- 5. все формы шизофрении

278. Что не характерно для рекуррентной шизофрении?

- +1. начало в пожилом возрасте (60-65 лет)
- 2. наличие интермиссий
- 3. аффективные приступы (депрессии и мании)
- 4. онейроидно-кататонические приступы
- 5. мягкий, медленно нарастающий эмоционально-волевой дефект

279. Определите наиболее злокачественную форму шизофрении:

- 1. кататоническая
- 2. параноидная
- 3. простая
- +4. гебефреническая
- 5. недифференцированная

280. Для какой формы шизофрении ведущим является апато-абулический синдром?

- 1. кататоническая
- 2. параноидная
- +3. простая
- 4. гебефреническая
- 5. недифференцированная

281. Основа терапевтического эффекта ЭСТ заключается в:

- +1. вызывании судорожной активности
- 2. электрической стимуляции мозга
- 3. записи биотоков мозга здорового человека на мозг пациента
- 4. наказания
- 5. активации метаболизма

282. Хотя при депрессивном расстройстве с психотическими симптомами встречается различный бред, наиболее часто отмечается бред:

- 1. не конгруэнтный аффекту

- +2.конгруэнтный аффекту
- 3.не связанный с аффектом
- 4.преследования
- 5.ни одно из перечисленных.

283. Согласно МКБ-10 диагностические критерии циклотимического расстройства включают:

- +1хроническое аффективное расстройство с длительностью не менее двух лет
- 2.в анамнезе многочисленные эпизоды мании и депрессии
- 3. расстройства ассоциативной сферы
- 4.начало в подростковом возрасте
- 5.в анамнезе частые, продолжительные, но не тяжелые депрессивные эпизоды

284. Какой препарат наиболее показан в состоянии классической депрессии?

- +1. венлафаксин
- 2. галоперидол
- 3. сиднокарб
- 4. лития карбонат
- 5. ноотропил

285. Какие признаки практически никогда не наблюдаются при биполярном аффективном расстройстве?

- 1. расстройства ассоциативной сферы
- 2. расстройства двигательной сферы
- +3. расстройства сознания
- 4.расстройства аффективной сферы
- 5.бредовые идеи

286. Суицидальные тенденции, как правило, наблюдаются при:

- 1. депрессивной фазе биполярного аффективного расстройства
- 2. инволюционной депрессии
- 3. депрессивном эпизоде
- 4. депрессии при шизоаффективном расстройстве
- +5. всем перечисленным

287. Симптомами маниакального состояния являются перечисленные, кроме:

- 1. расторможенность влечений
- 2. идеи собственной значимости
- 3. «скачка идей»
- +4.слуховые галлюцинации
- 5.двигательная активность

288. Симптомы мании противоположны депрессии, кроме:

- 1. двигательной активности
- 2. выносливости к утомлению
- +3.нарушение сна
- 4.гипермнезии
- 5.расторможенность влечений

289. Все следующие утверждения по поводу абсансов верны, кроме:

- 1. они также известны как petit mal (малые припадки)
- 2. внезапно теряется внимание к окружающему
- 3. у пациента обычно не отмечается растерянности после эпизода
- +4.потеря сознания обычно длится от 2 до 5 минут
- 5.во время припадка пациент может бессмысленно смотреть в одну точку или у него могут отмечаться автоматизмы, такие как причмокивание губами

290. Определите клинический признак, не характерный для эпилептической болезни:

- 1. нарастание изменений личности и интеллекта, хроническое течение
- 2. судорожные припадки
- 3. пароксизмальность возникновения психических расстройств
- 4. специфические нарушения ЭЭГ
- +5. эмоционально-волевая «тупость»

291. У пациента доминируют такие черты личности, как педантизм, угодливость, эгоцентризм, временами раздражительность. Это характерно для:

- 1. тотального слабоумия
- 2. лакунарного слабоумия
- +3. эпилептического слабоумия
- 4. все указанные типы слабоумия
- 5. ни одно из указанных расстройств

292. Подберите среди ответов наиболее соответствующую характеристику препарату вальпроевой кислоты:

- 1. антидепрессант
- 2. применяется для лечения малых припадков и абсансов
- +3. эффективен при всех различных пароксизмах
- 4. применяется для лечения эпилептического статуса
- 5. противосудорожным действием не обладает

293. Какое из эмоциональных расстройств наиболее часто встречается при эпилепсии?

- 1. эйфория
- 2. амбивалентность
- 3. слабодушие
- 4. апатия
- +5. дисфория

294. Отличить эпилептический припадок от истерического помогает:

- 1. характер судорожных явлений
- 2. данные ЭЭГ
- 3. особенности личности
- 4. состояние сознания
- +5. все перечисленное

295. Выберите из перечисленных состояний, сопровождающееся полным отсутствием способности к речи:

- 1. имбецильность
- 2. дебильность
- +3. идиотия
- 4. все перечисленные состояния
- 5. ни одно из названных состояний

296. Исчезновение способности говорить при сохранении способности слышать:

- 1. негативизм
- 2. писчий спазм
- +3. мутизм
- 4. деменция
- 5. амнезия

297. Выделите преобладающий психотропный эффект препарата диазепам:

- 1. купирование маниакальных состояний
- 2. подавление бреда и галлюцинаций

- 3. купирование депрессии
- 4. лечение псевдопаркинсонизма
- +5.анксиолитический (противотревожный) эффект

298. Дозы дисульфирама в таблетках в мг. в сутки при лечении алкогольной зависимости:

- 1. 2-5
- 2. 4-6
- 3. 10-50
- 4. 25-125
- +5. 125-500

299. Для лечения пациента с ажитированной депрессией наиболее показан:

- 1. оланзапин
- +2.амитриптилин
- 3.церебро
- 4.лития карбонат
- 5.зопиклон

300. Что не характерно для нейролептического синдрома?

- +1.парезы и параличи
- 2.тремор, акатизия, гиперкинезы
- 3.мышечная скованность
- 4.токсический делирий
- 5.дискинетические расстройства

7 семестр изучения в соответствии с УП форма промежуточной аттестации – экзамен	
Код и наименование проверяемой компетенции:	ПК – 3 Способен назначить лечение и контролировать его эффективность и безопасность
	ПК-3.1 Составляет план лечения заболевания / состояния пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи
	ПК-3.2 Назначает лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи
	ПК-3.3 Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения

Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

Практико-ориентированные задания (ситуационные задачи).

Задача № 1

Девушке 15 лет. Физическое телосложение характеризовалось излишней полнотой, что, начиная с 14-летнего возраста, стало вызывать у девушки кратковременные

депрессивные реакции. Часто смотрелась в зеркало, задавала вопросы матери о полноте, избавлении от нее. Затем мать заметила, что девушка не ест мучные и жирные блюда, выбрасывает их. Искусственно вызывала у себя рвоту, стала худеть, потеряла в весе 9 кг.

Вопрос: назовите предполагаемый диагноз: 1. Вуайеризм. 2. Агорафобия. 3. Психопатия (расстройство личности). 4. Неврастения. 5. Нервная анорексия.

Ответ: 5

Задача № 2

Больная О., 1985 г. рождения, учащаяся кулинарного училища. Анамнез жизни: из крестьянской семьи. Отец вспыльчивый, раздражительный, жестокий, сильно пьет. Мать мягкая, добрая, безответная. В детстве росла молчаливой, ранимой, забитой, тяжело переживала пьянство отца. Постепенно привыкла к побоям и издевательствам, научилась в фантазиях уходить в другой мир. В 5 классе после резкого замечания на занятиях «случился сердечный приступ». Мать стала «баловать» ее, избавила от домашней работы. Поступила в училище, стала более общительной, появилось много подруг. Скучала по матери, но избегала частых поездок домой, не хотела видеть отца. Дважды дома в присутствии отца возникали истерические припадки, дико кричала. Перенесла в 9 лет легкую черепно-мозговую травму. Влюбилась в молодого человека, допустила близость с ним после того, как он обещал жениться. Однако молодой человек вскоре куда-то уехал. Сильно расстроилась, особенно после того, как обнаружила беременность. Страшила гневная реакция отца, опасалась пересудов односельчан. Настроение было подавленным, стала замкнутой, усилилась мечтательность, тяга к одиночеству. Сказала подруге, что цыгане увезли ее за город и «под угрозой ножа» изнасиловали. Показывала кровоподтеки. Ходила по городу с куклой, завернутой в одеяло. Объективно: выглядит моложе своего возраста, хрупкого телосложения, пуглива, при малейшем стуке вздрагивает, всхлипывает. Быстро переходит от изложения событий реальной жизни к вымыслам о пребывании в цыганском таборе: что ее «проиграли в карты, должны зарезать». Становится возбужденной, картинно заламывает руки, умоляет помочь ей. Ощущает «затуманенность в голове, замедление в работе сердца», резкую слабость; начинает сползать со стула, томно прикрывает глаза, переходит на чуть слышный шепот.

Вопрос: поставьте диагноз: 1. Шизофрения 2. Органическое поражение головного мозга травматического генеза 3. Истерический реактивный психоз с синдромом бредоподобных фантазий 4. Истерическая психопатия 5. Умственная отсталость.

Ответ: 3

Задача № 3

Валентина А., 1967 г. рождения, инвалид 2 группы, не работает.

Анамнез жизни: мать рано умерла, по характеру была ласковая, добрая, общительная. Отец тщедушный, маленького роста, обидчивый, капризный. После второй женитьбы целиком попал под влияние жены, неоднократно совершал на глазах близких суицидальные попытки – пытался повеситься, броситься с крыши, глотал толченое стекло, гвозди. В детстве росла живой, смысленной, склонной к фантазированию. Воспитывалась у дяди, выполняла по дому всю черную работу, «детства не видела». Окончила 6 классов, курсы раскройщиков. В 20 лет оперирована по поводу аппендицита, в послеоперационном периоде появились свищи в области рук и ног, по передней поверхности шеи, брюшной стенки. На протяжении 3 лет более 10 раз помещалась в хирургическое отделение. Обнаружилось, что больная вводила себе под кожу различные масла, вызывая абсцессы и изъязвления. После установления обмана дала бурную истерическую реакцию, пыталась выброситься из окна. После госпитализации в психиатрическую больницу поведение было демонстративным, падала с кровати, отказывалась от еды, пыталась проглотить черенок от ложки. Соматическое состояние:

инфантильно-грациального сложения, рост 146 см, вес 47 кг. На коже живота множественные следы послеоперационных рубцов и старых абсцессов. Психическое состояние: держится кокетливо, рисуясь. Говорит о безнадежности своего состояния, сожалеет, что «врачи оказались бессильны перед болезнью». При разоблачении слегка смущается, но вскоре по-детски проявляет удовлетворение тем, что «3 года удавалось провести врачей». Капризна, ищет внимания и сострадания больных; рассказывает о тяжелом детстве и пережитых «неимоверных страданиях». Довольна больничной обстановкой, охотно принимает участие в трудовых процессах. При упоминании о предстоящей выписке сразу же становится угрюмой, капризной, злой, с вызовом говорит о своем намерении «рассчитаться с жизнью».

Вопрос: назовите ведущий синдром: 1. Астенический 2. Синдром «Мюнхаузена» 3. Органический 4. Ипохондрический 5. Депрессивный.

Ответ: 2

Задача № 4

Александра А., 1969 г. рождения. Анамнез жизни: родилась четвертым ребенком, мать умерла от послеродового сепсиса. Воспитывалась мачехой, жестоко обращавшейся с ней: морила голодом, обваривала кипятком. Росла послушной, тихой, но обидчивой. Отличалась склонностью к фантазированию: мечтала стать артисткой, воображала перед подругами отдельные сценки, нравилось их внимание. В 9 лет стала отмечать колющие боли в сердце, обследовалась у ревматолога, подозревали лейкоз, дважды помещалась в детскую больницу. С этого времени жаловалась на носовые кровотечения, слабость, утомляемость к концу занятий. Поступила ученицей на швейную фабрику, была жизнерадостной, писала стихи. Нечаянно порезала при раскрое дорогой материал, сильно испугалась, закружилась голова, затем развился истерический припадок. На следующий день не могла передвигаться, ноги были «как ватные». С этого времени постоянно заговаривала о болезни, утрами показывала пятна крови на своей подушке. (Анализ крови на свертываемость, протромбиновый индекс без изменений). Психическое состояние: детски наивное выражение лица, в общении непосредственна. Смущаясь, рассказала о своих попытках вызывать кровотечения: «хотелось внимания врачей... устала от непосильной работы». Часто бывают колебания настроения. Мышление эмоционально окрашено, непоследовательна в оценках и суждениях. Внушаема. В отделении несколько раз наблюдались обильные кровотечения из горла. Замечено, что больная на прогулке подбирает камешки, мелкие стекла и царапает ими слизистую носа. Пытается натирать подмышечную впадину солью с целью повышения температуры. Поведение с оттенком детского упрямства. Привлекает внимание больных рассказами о жестокости мачехи, довольна производимым эффектом.

Вопрос: для структуры данной личности не характерно: 1. Демонстративность 2. Склонность к фантазированию 3. Склонность к псевдологии 4. Однотипность реагирования на жизненные трудности «уходом в болезнь» 5. Зрелость суждений.

Ответ: 5

Задача № 5

Больная Р., 1957 г. рождения, не работает. Из анамнеза жизни: единственный ребенок в семье. Отец по характеру мягкий, спокойный, заботливый. Мать внушаемая, тревожно-мнительная. В детстве росла в окружении родственников матери, любивших беседовать о смерти, похоронных обрядах, от этих разговоров «холодело внутри, становилось жутко, теряла сознание». Росла капризной, избалованной. В школе училась хорошо, «привыкла быть на виду». Любила художественную литературу, «вживалась в образы героинь», могла часами пребывать «в фантазиях и мечтах». В детстве ангины, частые ОРЗ. Замужем, муж внимательный, выдержанный. Отношения в первые годы были построены «в романтическом

духе»: нравилась восторженная влюбленность мужа. Роды двойней. Сейчас занята уходом за сыновьями, тяготится «бездельем». Анамнез болезни: в 1984 г. после незначительной семейной ссоры появился «резчайший сердечный приступ»; ощущала удушье, похолодание кончиков пальцев, а затем «перебои в сердце». Долго не могла успокоиться, плакала, боялась смерти, прощалась с родными. В 1990 г. пережила «страшное душевное волнение»: проснувшись ночью, обнаружила отсутствие мужа, который задержался на работе. Возникло предчувствие какого-то несчастья, ярко представила картины гибели мужа: «видела его изуродованным, в морге». Появились дурнота, спазм в горле, затем икота, сопровождавшаяся сердцебиением. Увидев мужа, быстро успокоилась. В последующем икота появлялась в присутствии близких, усиливалась при волнении, и несколько ослабевала в периоды «семейного мира». Добилась, чтобы муж сменил работу и больше находился дома: в его присутствии икота появлялась реже, а при малейшей задержке на работе возобновлялась с удвоенной силой и продолжалась часами. Несмотря на приступы, оставалась активной и, по словам мужа, не тяготилась имевшимся расстройством.

Вопрос: что не является причиной заболевания: 1. Органическое заболевание головного мозга 2. Особенности микросоциума (или воспитания) 3. Повышенное внимание к соматическому здоровью 4. Психотравмирующая ситуация 5. Конституционально-обусловленные черты личности.

Ответ: 1

Задача № 6

Больная Ф., 40 лет, инвалид. При поступлении жалобы на головную боль, головокружение, тошноту и рвоту после приема пищи, невозможность ходить, стоять, судорожные подергивания мышц туловища и верхних конечностей, раздражительность, плохой сон. Мать умерла рано. Мачеха не любила детей мужа. Больная с детских лет отличалась самостоятельностью, упрямством, старалась делать все назло мачехе. После смерти отца воспитывалась в детском доме, где после конфликтов с воспитателем несколько раз теряла зрение. Вышла замуж, родила ребенка. С мужем разошлась («не сошлись характером»). Вышла замуж, имеет от 2 брака ребенка 8 лет. Работала буфетчицей. Заболевание началось в 37 лет на фоне семейных неурядиц, конфликтных отношений с мужем и плохого поведения дочери. Во время семейной ссоры муж ударил больную. Со слов больной была кратковременная потеря сознания, тошнота, рвота, которые не прекращались в течение 3 месяцев лечения в больнице и судебного разбирательства дела, в результате которого муж был приговорен к тюремному заключению. После выписки из больницы состояние было удовлетворительным, однако вскоре после того, как в магазине, которым заведовала больная, была обнаружена серьезная недостача, вновь возобновилась головная боль, тошнота и рвота. Во время пребывания в стационаре узнала, что мужа досрочно освободили. У больной развилась астазия-абазия, которая не прошла после долгого лечения, и она переведена на инвалидность. При поступлении: астазия-абазия, двусторонняя атрофия мышц бедер и голеней. В беседе раздражительна, вспыльчива, претенциозна. Склонна к истерическим реакциям в виде рыданий, общего дрожания, рвоты. Память и интеллект не нарушены.

Вопрос: что не является демонстративной формой проявления болезни: 1. Астазия-абазия 2. Тошнота, рвота 3. Головные боли 4. Кратковременная слепота 5. Атрофия мышц.

Ответ: 5

Задача № 7

Больной Б., 42 лет, инженер. Раннее развитие без особенностей, перенес ряд детских инфекций. Отец – властный человек с эпилептоидными чертами характера. Мать добрая, безвольная, полностью подчиненная отцу. Окончил среднюю школу и институт. Учился всегда хорошо. После окончания института до начала заболевания успешно работал на

административных должностях. Все началось в связи со служебной неприятностью, повлекшей понижение по службе. С этого времени у больного отмечались пониженное настроение, нарушение сна, тревога, лиссофобия. После смерти старшего брата и семейных неурядиц присоединились жалобы на боли в эпигастрии, в правом подреберье, по ходу толстого кишечника. Постоянное лечение в соматических стационарах вызывало еще большее усиление тревоги, ухудшение сна, возникновение мыслей о безнадежности своего состояния. Стало трудно справляться с работой. Психическое состояние: больной тревожен, несколько напряжен, выражение лица временами тоскливое. Сомневается в возможности излечения. Не верит в свои силы, высказывает болезненные переживания по поводу своей несостоятельности. Сон только со снотворным и транквилизаторами. В отделении отмечены выраженное улучшение настроения, особенно к вечеру, после приема курса антидепрессантов.

Вопрос: поставьте диагноз: 1. Маскированная депрессия 2. Неврастения 3. Невроз навязчивых состояний 4. Истерический невроз 5. Панические атаки.

Ответ: 1

Задача № 8

Больной Х., 43 года. Поступил в клинику с жалобами на боли в области сердца, приступ сердцебиения, сопровождающиеся страхом смерти от внезапной остановки сердца. Точно указывает день начала заболевания, когда впервые почувствовал сердцебиение, резкую слабость, нехватку воздуха, побледнел. АД - 180/100 мм. рт. ст. Стал испытывать страх за свое здоровье. Последние 2-3 года до начала заболевания больной стал злоупотреблять крепкими спиртными напитками (водка), сформировался похмельный синдром. Накануне заболевания принял несколько большую дозу алкоголя. Наутро болела голова, потеря аппетита, общее недомогание. Затем в душном помещении возник приступ, описанный выше. С этого времени стал прислушиваться к ощущениям в области сердца, измерять пульс, ограждать себя от физического труда. Лечился в больнице, в отделении санаторного типа. Выписался с улучшением, однако мысли о болезни сердца, возможной его остановке, не покидали больного. Неоднократно обращался к терапевтам, кардиологам, невропатологам, освобождался от работы по поводу вегетососудистой дистонии. Чрезмерный страх за сердце вынуждал пациента ограничивать передвижение сначала в метро, потом и в наземном транспорте. Отказался от путевки на юг, перестал ездить к матери, сменил работу ближе к дому, реже выходил из дому, перестал ходить в кино, магазин. Даже выходил из дома только в сопровождении жены.

Вопрос: поставьте диагноз: 1. Невротическая депрессия 2. Неврастения 3. Невроз навязчивых состояний, ипохондрический синдром 4. Истерический невроз 5. Панические атаки.

Ответ: 3

Задача № 9

Больная К., 17 лет, самостоятельно обратилась к психиатру с жалобами на «свою неполноценность». В течение месяц после рассказа подруги о том, как одна девочка-подросток бросилась под электричку, стали возникать мысли об этом; перед приближением электрички какая-то сила толкает ее вперед. В это время бледнеет, покрываясь холодным потом, в ужасе отскакивает от края платформы, понимает, что этого никогда не сделает. Матери не рассказывала, т.к. боялась причинить ей боль.

Вопрос: при каком заболевании встречается это состояние? 1. Шизофрения 2. Эпилепсия 3. Умственная отсталость 4. Невроз навязчивых состояний 5. Маниакально-депрессивный психоз

Ответ: 4

Задача № 10

Больная Б., 32 года. Образование среднее, без определенных занятий, состоит в повторном браке, высказывает недовольство мужем и его финансовым состоянием, говорит о недостатке внимания с его стороны, подозревает в измене. После очередной ссоры отмечает у себя интенсивные головные боли, тошноту, апатию, «нежелание жить в таких условиях», сообщает, что порой «просто не способна встать с постели», часто срывается на крик, а бывает, что «не может вымолвить ни слова», «совсем потеряла покой», переживает обиду, гнев, раздражение. Заметила, что в отсутствии мужа чувствует себя лучше, оказывается способна «даже встретиться с подругами», «пойти развеяться», «отвлечься от своих переживаний». Курит, употребляет слабоалкогольные напитки, что позволяет ей «немного раскрепоститься». В беседе с врачом раскованна, многословна, эмоционально лабильна, часто плачет навзрыд, жалобы высказывает непоследовательно, стараясь вызвать сочувствие со стороны врача. Соматическая патология не выявлена. Обнаруживаются незначительные изменения на реоэнцефалограмме и нестойкие изменения менструального цикла.

Вопрос: укажите наиболее вероятный диагноз: 1. Эпилепсия 2. Шизофрения 3. Маниакально-депрессивный психоз 4. Расстройство личности 5. Ни одно из перечисленных.

Ответ: 4

Задача № 11

Больная Г., 35 лет, инженер. Жалобы на приступообразные головные боли в теменно-затылочной области давящего и распирающего характера. Длительность приступа 5-6 ч. Приступы цефалгии возникали только в связи с волнением, умственным напряжением, а также в душном помещении; сопровождалась головокружением, тошнотой, шумом в ушах, покраснением лица, также раздражительность, плаксивость, быструю утомляемость, неустойчивый сон. Росла и развивалась удовлетворительно. В 11-12 лет проходила лечение по поводу головных болей (анальгетики и физиотерапия). Окончила школу, строительный институт, работала. Головная боль возникала лишь при значительном физическом и эмоциональном напряжении. Больной себя считает с 27 лет после тяжело пережитого развода с мужем. В это же время возникла конфликтная обстановка на работе, расстроился сон, появились приступы головной боли. Успешно прошла лечение в психоневрологическом диспансере. Резкое ухудшение состояния в 34-летнем возрасте связывает с переживаниями личного и служебного характера. Вновь участились головные боли, ухудшился сон. Длительно и безуспешно лечилась амбулаторно по поводу выраженной вегетососудистой дистонии. Госпитализирована в отделение невротозов. Психическое состояние: легко вступает в контакт, эмоционально лабильна, склонна к слезам, ипохондрична, фиксирована на головной боли.

Вопрос: укажите вид цефалгии: 1. Неврологический 2. Сосудистый 3. Смешанный 4. Мышечный 5. Психалгический.

Ответ: 5

Задача № 12

Обследуемый Т., 35 лет, программист. Не женат, детей не имеет. Практически на протяжении всей жизни проявляет замкнутость, отстраненность, стремление к одиночеству. В молодости несколько раз вступал в различные секты и религиозные организации, занимался «парапсихологией», собирал оккультную литературу, которой ни с кем не делился. Всегда категорически отказывается от участия в торжественных собраниях или вечеринках, ссылаясь то на болезнь, то на занятость. Коллегами оценивается как вполне компетентный специалист, но вне рабочей обстановки о нем никто ничего сказать не может. Многие считают Т.

«странным», стараются избегать с ним контактов. Этому также способствует подчеркнутая холодность, равнодушие обследуемого к проблемам окружающих. Так, однажды одна из коллег, попросила его срочно отправить по факсу важный для нее документ, поскольку сама она не могла выйти на работу из-за болезни ребенка, на что Т. отрывисто бросил – «нечего было рожать», и ничего делать не стал. Начальнику отдела Т. как-то заявил, что разрабатывает компьютерную программу, которая откроет новую эпоху в мире электроники, или уж точно будет удостоена Нобелевской премии. Больше Т. никогда об этом не упоминал и в остальном ведет себя как рядовой сотрудник. Обследуемый довольно равнодушен к своему внешнему виду, совершенно не употребляет алкоголь, но много курит. Соматически вполне здоров, на психиатрическом учете не состоит, интеллект не снижен, с работой в целом справляется, психически больные среди родственников отсутствуют.

Вопрос: какова наиболее вероятная причина такого расстройства у обследуемого: 1. Действие хронического стресса 2. Нарушения перинатального и раннего детского развития 3. Эндогенный процесс 4. Актуальная психическая травма 5. Нераспознанная грубая органическая патология головного мозга.

Ответ: 2

Задача № 13

Больная Г., 1991 г. рождения, парикмахер. Мать очень вспыльчивая, раздражительная, капризная, обидчивая. Отец с семьей не живет. Росла болезненной, слабой, перенесла все детские инфекции. Росла крикливой, нервной, беспокойной. Воспитывавшая ее бабушка баловала девочку. Рано начала проявлять капризность и грубость, «тиранила бабушку». В детском саду ссорилась и дралась с детьми, подолгу визжала, каталась по полу, «вытягивалась в струну, синела», пока не удовлетворялись ее капризы. После болезни Боткина девочку в семье стали считать тяжелобольной, ограждали от домашних дел. Постепенно она стала «задавать тон в семье», командовала старшими, требовала удовлетворения всех желаний. В школу пошла в 7 лет, отличалась неусидчивостью, торопливостью. Пропускала уроки, ссылаясь на плохое самочувствие. Жаловалась матери, что учителя занижают ее оценки. Дома стала еще капризней, требовательней, эгоистичней, добивалась новых нарядов, а в случаях отказа «становилась дикой», набрасывалась с кулаками, пыталась однажды откусить матери нос; отмечалось несколько истерических припадков. С 13 лет начала прибегать к фантазиям: что мать похитила ее из цыганского табора; матери заявила, что ее вовлекли в воровскую шайку. В школе сказала, что учитель физики склонял ее к сожительству за отличные оценки. Накануне жаловалась на боль в горле, не пошла в школу, а вечером собралась в кино. Мать твердо не разрешила. Девочка грубо оскорбила мать, плевалась, искусила бабушку, а затем залаяла по-собачьи. Долго не могла успокоиться. Спала тревожно, наутро прощалась с матерью, говоря, что ее ждут «друзья-уголовники», которым она дала «клятву кровью», и если она не выполнит «задания», то мать зарежут. При попытке успокоить ее дала бурную реакцию гнева, рыдала, а затем отвернулась и застыла на несколько часов, не отвечая на вопросы.

Вопрос: поставьте диагноз: 1. Бессудорожная эпилепсия 2. Невротическая депрессия 3. Истерическая психопатия 4. Невроз навязчивых состояний 5. Психопатия возбудимого круга.

Ответ: 3

Задача № 14

Больная Н. 31 год, актриса. В кабинете врача ведет себя очень демонстративно - постоянно и эмоционально рассказывает о своих успехах на сцене, о том, что ее любит публика и т.п. С детства упрямая, капризная, повышено эмоциональна. На незначительные неприятности давала бурные реакции плача, рыданий и "припадков". В больницу поступила из-за конфликтов с администрацией театра. Считает, что ей дают мелкие роли, не соответствующие ее таланту. После бурной сцены с режиссером отмечалась кратковременная потеря сознания (по типу обморока). Очень внушаема.

Вопрос: назовите предположительный диагноз? 1 . Транзиторная ишемическая атака
2. Эпилепсия с вторично- генерализованными судорожными приступами и аффективным компонентом

3. Истерическое расстройство личности 4 Эпилепсия с типичными абсансами
5 Синкопальное состояние

Ответ: 3

Задача №15

К детскому психиатру обратилась мать ребенка М., 2 лет с жалобами на то, что сын часто плачет без всякой причины, с трудом поддается уговорам, со злостью отталкивает мать, пытается причинит ей боль. Новыми игрушками не интересуется. Увидев плюшевого слона, которого подарил папа, испугался, расплакался. Играет один, сидя в углу, рвет на мелкие кусочки бумагу, обматывает руки поясами от платьев. При попытке познакомить сына с соседскими детьми, убегает, прячется. Дружить ни с кем не хочет.

Вопрос: укажите наиболее вероятное психическое расстройство у ребенка М.: 1. Эпилепсия 2. Шизофрения 3. Умственная отсталость 4. Невроз 5. Ни одно из перечисленных.

Ответ: 2

Задача № 16

Больная Т., 40 лет. Последние 10 лет подвержена переменам фаз настроения. Переживает тяжелую депрессию, практически не встает с постели, не занимается домашними делами, ничего не читает, говорит о бессмысленности жизни, несколько раз совершала суицидальные попытки. Такое состояние длится от 1 до 3-х мес., в зависимости от лечения, и затем плавно сменяется выраженной гипертимией, суетливостью, восторженными, радостными переживаниями, сексуальной гиперактивностью. Больная начинает мало спать, пишет стихи, рисует, задумывает в квартире ремонт, пытается устроиться сразу на несколько работ, но ничего не доводит до конца, устремляясь к новым неосуществимым целям. Через несколько месяцев это состояние вновь переходит в депрессию и т.д.. В случае адекватного и своевременного стационарного лечения часто удается сохранить ровный фон настроения и добиться более адекватного поведения, но при переводе на амбулаторный режим болезненные проявления обычно возвращаются в прежнем виде.

Вопрос: укажите наиболее вероятный клинический диагноз: 1. Истерический невроз 2. Акцентуация характера неустойчивого типа 3. Шизофрения, гебефреническая форма 4. Шизофрения, кататоническая форма 5. Маниакально-депрессивный психоз.

Ответ: 5

Задача № 17

Больной И., 20 лет, учится в техникуме. Со слов родственников в последние 2-3 года «стал совершенно другим»: не общается даже с самыми близкими друзьями, учеба дается все с большим трудом, практически все время проводит в своей комнате, ничем не занимаясь, бесцельно листает учебники, просто сидит или лежит. Значительно уменьшился словарный запас, общается односложно, бывает, что вообще не может ответить на вопрос по существу. Иногда использует понятные только ему выражения, например, однажды назвал малолитражный автомобиль «машиноциклом», громко включенный телевизор – «телешумом». Временами использует специфические жесты там, где можно было бы употребить слова, так, не найдя приготовленной еды, стал демонстрировать в гостиную пустую тарелку и ложку. Обнаруживает черты негативизма, делая противоположное тому, о чем его просят. Перестал понимать переносный смысл, реагирует только на буквально сформулированные выражения. Эмоционально оскудел, практически перестал не только

смеяться, но даже не улыбается. Эгоцентричен, проблемы родных совершенно не вызывают сочувствия. Бывает, что временами к чему-то прислушивается, становится напряжен, тревожен, испуган, но эти состояния довольно быстро проходят. Похудел из-за того, что часто отказывается даже от любимой пищи. Говорит, что чувствует себя нормально, категорически отказывается идти на прием к врачу.

Вопрос: укажите наиболее вероятный клинический диагноз: 1. Легкая умственная отсталость 2. Умеренная умственная отсталость 3. Деменция лакунарная 4. Деменция тотальная 5. Шизофрения, простая форма.

Ответ: 5

Задача № 18

Больной М., 20 лет. Отец пациента страдал психическим расстройством. Рос общительным, занимался спортом, хорошо учился. В 14 лет стал меняться: оставил занятия спортом, сузил круг общения. Стал бездеятелен, пассивен, последние месяцы совершенно замкнулся. Перестал мыться, за одеждой не следил. При поступлении в клинику вял, пассивен, формально отвечал на вопросы. Бреда и галлюцинаций не обнаруживалось. К госпитализации безразличен. В больнице пассивен. С врачом контакт формальный, мимика однообразная, голос - монотонный. Настроение характеризовал как обычное, бреда и галлюцинаций выявлено не было. При психопатологическом обследовании отмечена «разноплановость мышления», выявлена дискордантность характера (шизоидность/циклоидность). Физическое развитие с нерезко выраженными чертами инфантилизма.

Вопрос: общие признаки, характеризующие течение данного психического расстройства: 1. Маниакальные аффективные нарушения 2. Наличие утяжеления и нарастания продуктивной симптоматики. 3. Выраженные депрессивные аффективные нарушения 4. Возбуждение с беспорядочными движениями. 5. Раннее появление негативных расстройств.

Ответ: 5

Задача № 19

Больной Д., 40 лет, сидит на полу, отвернувшись от окружающих. Лицо крайне напряжено, взгляд устремлен в одну точку, стереотипно перебирает складки одежды. При попытке персонала установить контакт, озлобляется, оказывает активное сопротивление. На вопросы не отвечает. Пищу не принимает.

Вопрос: укажите наиболее вероятный диагноз: 1. Маниакально-депрессивный психоз 2. Шизофрения 3. Умственная отсталость 4. Эпилепсия 5. Болезнь Пика

Ответ: 2

Задача № 20

Больной С., 32 года. Психическое заболевание возникло остро, в связи с перенесенным гриппом. Стал жаловаться на постоянные боли в горле, высказывал мысль, что он болен туберкулезом гортани, горло у него сгнило. Отказывался от еды на том основании, что у него «нарушилась связь горла с желудком, желудок мертвый», все внутренности склеились. Заявил, что он труп, но двигается лишь потому, что через него пропускают электрический ток.

Вопрос: укажите наиболее вероятный диагноз: 1. Шизофрения 2. Эпилепсия 3. Умственная отсталость 4. Невроз 5. Маниакально-депрессивный психоз.

Ответ: 1

Задача №21

Выдающийся российский психиатр ввел понятие «малая психиатрия», внес значительный вклад в развитие клинико-диагностического метода при изучении пограничных состояний, психопатии. Его имя носит одна из клиник г. Москвы.

Вопрос: назовите этого психиатра: 1. И.М. Сеченов 2. В.П. Сербский 3. В.Х. Кандинский 4. И.М. Балинский 5. Ни один из перечисленных

Ответ: 5

Задача №22

Один из основоположников отечественной психиатрии, организовавший психиатрическую клинику на новых началах, в настоящее время носящую его имя. Заложил основы нового нозологического направления в психиатрии. Разработал классификацию психических заболеваний. Описанный им синдром и психоз носят его имя.

Вопрос: Выберите правильный ответ из перечисленных: 1. В.П. Протопопов 2. П.П. Кащенко 3. С.С. Корсаков 4. В.М. Бехтерев 5. Ни один из перечисленных

Ответ: 3

Задача № 23

Больной Л., 40 лет. Внезапно изменилось поведение, стал напряжен, испуган, периодически выглядывает за дверь, к чему-то прислушивается, снял на кухне вентиляционную решетку, так как слышит из-за нее ругательства в свой адрес. Состояние еще более ухудшилось к вечеру: начал испытывать панический страх, говорит, что он весь опутан паутиной, а по комнате бегают крысы и мыши. На заверения в обратном совершенно не реагирует, спать не ложится, запрещает гасить в квартире свет. От госпитализации отказывается, не пускает врача в комнату, забаррикадировал изнутри дверь тяжелым сервантом. Кожные покровы бледные, температура – 39⁰С, тахикардия – 100 уд./мин. Родственники сообщили, что подобных странностей в поведении раньше никогда не обнаруживал, страдает запойной формой алкоголизма около 7 лет, однако в настоящий момент был совершенно трезв, ни на что не жаловался, – со времени прекращения последнего запоя прошло уже больше 3-х суток.

Вопрос: Как в данном случае должен решаться вопрос о госпитализации? 1. Госпитализация не необходима, больного лучше не беспокоить 2. Больного следует наблюдать и лечить в амбулаторном режиме 3. Госпитализация необходима, но без согласия больного юридически невозможна 4. Госпитализация необходима и юридически возможна без согласия больного 5. Вопрос о госпитализации не может быть решен сразу.

Ответ: 4

Задача № 24

Родители 13-летнего подростка по контракту работают за рубежом. Подросток проживает в России у родной тети. Тетка отметила перемены в поведении подростка. Он стал замкнутым, перестал встречаться с друзьями, целыми днями сидит в своей комнате с задернутыми шторами на окнах. На предложение тети обратиться за консультацией к врачу-психиатру отвечает категорическим отказом. Обеспокоенная родственница обратилась в психоневрологический диспансер с заявлением о необходимости освидетельствования подростка врачом-психиатром.

Вопрос: какова тактика врача-психиатра? 1. Возможен осмотр врачом-психиатром по направлению врача-педиатра 2. Возможен осмотр по заявлению родной тети 3. Возможен осмотр по решению органов опеки 4. Осмотр невозможен ни при одном из перечисленных условий 5. Осмотр возможен при любом из перечисленных условий.

Ответ: 3

Задача № 25

Руководитель предприятия, выступая ответчиком в гражданском судебном процессе по трудовому конфликту, обратился с письменным запросом к главному врачу психиатрического учреждения о том, не состоит ли истец по данному судебному процессу на учете у психиатров, т.к. у него возникли сомнения в психической полноценности истца. Главный врач дал ответ, что гражданин состоит на учете, не указав при этом диагноз психического заболевания.

Вопрос: правомочны ли действия главного врача? 1. Да 2. Нет, так как сведения выдаются только учреждениям общемедицинской сети 3. Нет, так как сведения выдаются только органам следствия и психиатрической службы 4. Вопрос решается индивидуально 5. Ни одно из утверждений неверно.

Ответ: 3

Задача № 26

Гражданин А., имеющий двойное гражданство (Германии и России), в течение двух месяцев находится в одном из российских городов. Друзья, заметив странности и неадекватность его поведения, выражающуюся в агрессивности по отношению к окружающим, предлагают обратиться к психиатрам. После получения категорического отказа они обращаются в психоневрологический диспансер с просьбой освидетельствовать гостя. Тот же, в свою очередь, мотивирует свой отказ тем, что психиатрическое освидетельствование в отношении него возможно только в соответствии с нормативными актами о психиатрической помощи, действующими в Германии, поскольку он имеет германское гражданство и постоянно проживает там.

Вопрос: правомочны ли врачи-психиатры провести психиатрическое освидетельствование гражданина А.? 1. Нет 2. Правомочны, если соответствующие нормативные акты Германии идентичны российским 3. Правомочны, т.к. гражданство А. двойное 4. Правомочны только при разрешении посольства Германии.

Ответ: 3

Задача № 27

Мать девятилетнего ребенка настаивает на его психиатрическом освидетельствовании, однако, отец ребенка категорически возражает против этого, считая сына здоровым.

Вопрос: возможно ли в данном случае психиатрическое освидетельствование ребенка? 1. Возможно даже при возражении отца 2. Невозможно 3. Возможно при решении педагогического совета школы 4. Возможно при решении органов опеки.

Ответ: 4

Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

Тестовые задания

Правильный ответ на тестовое задание отмечен +

301. Для делирия характерны все перечисленные симптомы, кроме:

- 1. бессонница
- +2. кататонический ступор
- 3. возбуждение
- 4. дезориентировка в месте и времени
- 5. истинные галлюцинации

302. Какому виду расстройств зрелой личности свойственны подозрительность, сверхценные идеи, эгоцентризм, склонность к сутяжничеству?

- 1. шизоидному
- +2. параноидному
- 3. истероидному
- 4. ананкастному
- 5. конформному

303. Синдром, в структуре которого отчетливее всего наблюдается бред:

- 1. абстинентный
- +2. параноидный
- 3. делириозный
- 4. амнестический
- 5. галлюциноз

304. К противосудорожным препаратам относятся все, кроме:

- 1. Габапентин
- 2. вальпроаты
- 3. ламотриджин
- +4. кветиапин
- 5. карбамазепин

305. Какой из симптомов является характерным для установления диагноза «зависимость от алкоголя»?

- 1. высокая толерантность к алкоголю
- 2. тяга к алкоголю
- 3. утрата контроля
- 4. утрата интересов в пользу алкоголя
- +5. все вышеизложенные

306. Какой из симптомов является характерным для установления диагноза «зависимость от алкоголя» по МКБ 10?

- 1. неопрятный внешний вид
- 2. алкогольный юмор
- 3. +утрата контроля
- 4. потеря рвотного рефлекса
- 5. симптом опережения

306. Бред ревности наиболее часто встречается при:

- 1. психопатии
- +2. алкоголизме
- 3. шизофрении
- 4. эпилепсии
- 5. острой реакции на стресс (развод, факт супружеской измены и т.п.)

307. Псевдогаллюцинации обычно возникают:

- 1. при алкоголизме
- 2. при истерии
- 3. при старческом слабоумии
- +4. при шизофрении
- 5. при эпилепсии

308. Сохранность критической оценки имеется при:

- 1. паранойальном синдроме
- 2. параноидном синдроме
- 3. парафренном синдроме

- 4. кататоническом синдроме
- +5.ни при одном из перечисленных

309. Выделите методы этиопатогенетической терапии прогрессирующего паралича:

- 1. антидепрессанты
- 2. электросудорожная терапия
- 3. инсулинотерапия
- 4. нейролептики
- +5.антибиотики

310. Какое из указанных ниже расстройств никогда не является проявлением шизофренического процесса?

- 1. онейроид
- 2. маниакальный синдром
- 3. депрессивный синдром
- +4.сумеречное расстройство сознания
- 5. навязчивости

311. Какие расстройства наиболее характерны для гебефренической шизофрении?

- +1.дурашливость и гримасничанье
- 2.депрессивный синдром
- 3.маниакальное возбуждение
- 4.синдром Кандинского-Клерамбо (психического автоматизма)
- 5.мутизм

312. При каких заболеваниях не показано применение антидепрессантов?

- 1. маниакально-депрессивный психоз
- 2. реактивная депрессия
- 3. шизофрения
- +4. эпилепсия
- 5. депрессивный психоз

313. Определите степень умственной отсталости у 14 летнего подростка, у которого не развита речь, отсутствуют навыки самообслуживания, понимания окружающей действительности:

- 1. пограничная умственная отсталость
- 2. дебильность
- 3. имбецильность
- +4.идиотия
- 5.задержка психического развития

314. Из перечисленных ниже заболеваний выделите то, которое с детского возраста характеризуется нарастанием эмоционально-волевого оскуднения, негативизмом, дурашливостью, расторможенностью, чувством собственной измененности, вычурным поведением:

- 1. эпилепсия
- 2. психопатия
- 3. олигофрения
- +4.шизофрения
- 5.реактивный психоз

315. При каком синдроме отсутствует нарушение сознания?

- +1.церебрастенический синдром
- 2.амбулаторный автоматизм
- 3.делирий
- 4.патологический аффект

-5.сомнамбулизм

316. Обстоятельность - это расстройство:

- 1.настроения
- 2.воли
- 3.речи
- 4.поведения
- +5.мышления

317. Если у пациента параноидной бред, содержанием которого является убежденность, что службы национальной безопасности прослушивают его телефонные разговоры, врач должен

- 1. объяснить пациенту, что это бред
- 2. пригласить представителя служб безопасности, чтобы объяснить пациенту его неправоту
- 3. согласиться с пациентом, чтобы установить доверительные отношения
- +4 выслушать, без выражения согласия или несогласия
- 5.прекратить обследование и госпитализировать пациента

318. Человек, у которого смех чередуется с плачем, проявляет:

- 1. уплощенный аффект
- 2. эйфорию
- 3. амбивалентность
- +4. лабильный аффект
- 5.расщепление личности

319. Обычные побочные эффекты при приеме трициклических антидепрессантов следующее, за исключением:

- 1. ортостатическая гипотензия
- 2. сухость во рту
- +3.диарея
- 4.нарушение зрения
- 5.седация

320. В начале психиатрического интервью наиболее важным для врача является:

- 1. проинформировать пациента в размерах оплаты
- 2. получить сведения о перенесенных ранее психических расстройствах
- 3. дать возможность пациенту рассказать о том, что его волнует:
- 4. убедиться, что не нарушается закон о психиатрической помощи (согласие пациента на освидетельствование)
- +5.представиться

321. Наиболее точные утверждения относительно электросудорожной терапии одно из следующих:

- +1.она часто вызывает обратимые нарушения памяти
- 2.она часто вызывает необратимые мозговые повреждения
- 3.она неэффективна при депрессиях с психотическими симптомами
- 4.она неэффективна у пациентов, прежде без эффекта лечившихся антидепрессантами
- 5.она является эффективным наказанием

322. Какой из приведенных признаков в наибольшей степени отражает сущность делирия?

- 1. лихорадка
- 2. побледнение кожных покровов
- 3. галлюцинации
- +4.dezориентировка в месте и времени

-5.тремор

323. Женщина 54-х лет, у которой в анамнезе не было психических расстройств, на второй день после операции по поводу перелома шейки бедра, стала возбужденной, недоступной контакту, растерянной. На следующий день – женщина галлюцинирует и называет персонал отделения именами своих родственников. У нее отмечается тахикардия и повышение температуры тела до 38 градусов. Какое из приведенных психических расстройств наиболее вероятно?

- 1. острое психическое расстройство
- 2. кататоническое возбуждение
- +3. делирий
- 4. деменция
- 5. паническая атака

324. 49 летний мужчина с длительной алкогольной зависимостью в анамнезе, бездомный, настаивает на немедленной выписке из стационара, мотивируя это тем, что у него неотложные дела на работе, а также необходимость выполнить обязательства перед членами семьи. Какое из перечисленных расстройств наиболее вероятно будет выявлено при оценке его психического статуса?

- 1. вербальные галлюцинации
- 2. депрессивный синдром
- 3. маниакальная симптоматика
- +4. расстройства памяти
- 5. нарушения сознания

325. Зависимость от какого из перечисленных веществ, скорее всего, закончится деменцией?

- 1. амфетамины
- 2. каннабиоиды
- 3. галлюциногены
- +4. летучие растворители
- 5. опиоиды

326. Какая из приведенных ситуаций более всего подходит под определение конверсионного расстройства?

-1. 25 летний мужчина, неоднократно поступающий в больницу скорой помощи с жалобами, которые характерны для инфаркта миокарда, но без объективных (в том числе ЭКГ) признаков этого заболевания

-2. 35 летняя женщина с жалобами на общее недомогание, но с нормальным общим анализом крови, мочи, без признаков инфекционного заболевания, либо употребления психоактивных веществ

+3. 20 летняя женщина, у которой после того, как она перенесла несчастный случай (перевернулась лодка, в которой она находилась со своим другом, в результате чего тот погиб) развилась общая слепота

-4. 70 летний мужчина, который уверен в том, что у него рак желудка с метастазами, однако при объективном исследовании не обнаруживающий такой патологии

-5. 19 летний студент колледжа, обратившийся в больницу с жалобами на то, что у него моча красного цвета, однако при обследовании какой-либо урогенной патологии не выявлено

327. 33 летний мужчина уверен в том, что у него в семенной жидкости появляется кровь, после визита к урологу, который заверил пациента, что такой феномен может наблюдаться у мужчин среднего возраста, пациент все равно остается убежденным в том, что уролог по этическим соображениям не сказал ему правду. В доказательство своей убежденности пациент приводит пример своего знакомого, который год назад умер от рака яичка и настаивает на дальнейшем обследовании. Наиболее подходящий диагноз для приведенного состояния:

- 1. соматизированное расстройство
- 2. конверсионное расстройство
- 3. урологическое заболевание
- 4. симуляция
- +5. ипохондрическое расстройство

328. Молодая женщина с нервной анорексией настойчиво отказывается от приема пищи. Пока непосредственной опасности ее жизни нет, и она лечится амбулаторно. Приемлемая тактика в этой ситуации следующая:

- 1.прекратить отношения с пациенткой и отказаться от лечения до тех пор, пока она не станет нормально кушать
- +2. определить критический вес, предупредить пациентку, что если ее вес опустится ниже этого предела, она будет госпитализирована
- 3. предупредить пациентку, что если она не увеличит количество принимаемой пищи, она будет госпитализирована
- 4. постараться увеличить физическую активность для усиления аппетита
- 5. ни одно из перечисленных

329. Все приведенные препараты могут использоваться при лечении тех или иных компонентов синдрома отмены, за исключением:

- 1.тиамин
- 2.бензодиазепины
- +3.кофеин
- 4.глюкоза
- 5.нейролептики

330. Терапевтическая тактика в отношении пациентов с зависимостью от психоактивных веществ включает в себя перечисленные подходы, за исключением:

- 1.детоксикация
- +2.условный срок ограничения свободы (до 2-х лет)
- 3.семейная психотерапия
- 4.когнитивная психотерапия
- 5.поведенческая психотерапия

331. Терапевтическая тактика стационарного лечения больных нервной анорексией включает перечисленные подходы, за исключением:

- +1.ЭСТ
- 2.кормление через зонд
- 3.наблюдательный режим
- 4.ежедневный контроль веса
- 5.мониторинг кетоновых тел

332. Какой из перечисленных препаратов характеризуется повышением толерантности, тяжелым абстинентным синдромом, смертелен при передозировке?

- 1.бензодиазепины
- 2.антигистаминовые
- +3.барбитураты
- 4.нейролептики
- 5.селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

333. Типичные проявления деменции включают в себя перечисленные признаки, кроме:

- 1.ухудшение памяти
- 2.нарушение способности планировать свою деятельность
- 3.нарушение способности к логическим суждениям
- +4.признаки помрачения сознания

-5.снижение эмоционального контроля

334. Астенический синдром характеризуется всем перечисленным, кроме:

- 1. физической истощаемости
- 2. психической истощаемости
- +3. фиксационной амнезии
- 4. аффективной лабильности
- 5. нарушений сна

335. К соматическим признакам депрессии относятся:

- 1. запоры
- 2. дисменорея
- 3. похудание
- +4. все перечисленное
- 5. ничего из перечисленного

336. С наличием гипоманиакального состояния могут быть связаны следующие проявления:

- 1. повышенный аппетит
- 2. нарушение сна
- 3. расторможение влечений
- +4. все перечисленное
- 5. ничего из перечисленного

337. Маниакальный синдром характеризуется:

- 1. повышенным настроением
- 2. ускорением ассоциаций
- 3. двигательным возбуждением
- +4. всем перечисленным
- 5. ничем из перечисленного

338. Обсессивный синдром характеризуется:

- 1. возникновением чувств, мыслей, воспоминаний, влечений, двигательных актов и т.д. помимо желания, критическим отношением к ним
- 2. сознанием их болезненности
- 3. затруднением преодоления препятствий
- +4. всем перечисленным
- 5. ничего из перечисленного

339. К проявлениям физической (телесной) деперсонализации относится:

- 1. чувство отчуждения своего голоса
- 2. ощущение, что тело, отдельные части его стали чужими
- 3. наблюдение за своими действиями как бы со стороны
- +4. все перечисленное
- 5. ничего из перечисленного

340. Бредовые идеи характеризуются всем перечисленным, кроме:

- 1. несоответствие действительности
- +2. доступности к коррекции, устранению путем убеждения
- 3. искажения отражения действительности
- 4. полного овладения сознанием
- 5. невозможности исправления, несмотря на явное противоречие с действительностью

341. Для резидуального бреда характерно все перечисленное, кроме:

- 1. сохранения в качестве моносимптома
- 2. сохранения после исчезновения всех других проявлений психоза

- +3.обязательного появления изменений личности
- 4.сохранения при нормализации всего психического состояния, кроме бредового содержания
- 5.последующего восстановления отношения к бреду

342. Для истинных галлюцинаций характерно:

- 1. восприятие несуществующего
- 2. возникновение существующего без реального объекта
- 3. наличие произвольно возникающих представлений, проецируемых вовне
- 4. характер проекции, не отличимой от реальных объектов
- +5.все перечисленное

343. Гипногагические галлюцинации проявляются видениями:

- 1. произвольно возникающими видениями
- 2. возникающими при закрытых глазах
- 3. возникающими на темном поле зрения
- +4.всеми перечисленными
- 5. возникающими при засыпании

344. Для псевдогаллюцинации характерно все перечисленное, кроме:

- 1. отсутствия конкретности, реальности
- +2.наличия признаков нарушения сознания
- 3.безжизненности, беззвучности, бестелесности
- 4.интрапроекции внутри организма
- 5.чувства «сделанности»

345. Вербальные иллюзии характеризуются:

- 1. ложным восприятием содержания реального разговора окружающих
- 2. восприятием обвинения, укоров, брани, угроз в нейтральных разговорах
- 3. возникновением, чаще на фоне тревожной подозрительности, страха
- +4.всем перечисленным
- 5.ничем из перечисленного

346. Функциональные галлюцинации характеризуются:

- 1. появлением на фоне восприятия реального внешнего объекта
- 2. сосуществованием с внешним раздражителем, не сливаясь с ним
- 3. исчезновением действия раздражителей
- +4.всем перечисленным
- 5.ничего из перечисленного

347. Парафренный синдром проявляется всем перечисленным, кроме:

- 1.сочетания фантастического бреда величия, преследования, воздействия, явлений психического автоматизма, изменений аффекта
- +2. правдоподобности высказываний
- 3.очевидности для больных, неоспоримости их утверждений
- 4.склонности к расширению бреда, вариантам, обогащению новыми фактами
- 5.антагонистического бреда

348. Кататонический ступор проявляется всем перечисленным, кроме:

- 1. обездвиженности застывшего амимичного лица
- +2.выраженного депрессивного аффекта
- 3.повышения мышечного тонуса
- 4.длительно сохранения одной позы
- 5.отказа от речи, негативизма

349. Кататонический субступор проявляется всем перечисленным, кроме:

- 1. неполной обездвиженности
- +2. ложных воспоминаний
- 3. более или менее выраженного мутизма
- 4. продолжительного сохранения одного и того же положения тела
- 5. неестественных, вычурных поз

350. Онейроидная кататония проявляется:

- 1. экстатическим, импульсивным, возбуждением
- 2. ступором с явлениями восковой гибкости, ступорозными состояниями
- 3. онейроидным помрачением сознания
- +4. всем перечисленным
- 5. ничем из перечисленного

351. Люцидная кататония проявляется:

- 1. кататоническим состоянием
- 2. ступором с негативизмом и оцепенением
- 3. отсутствием помрачения сознания
- +4. всем перечисленным
- 5. ничем из перечисленного

352. Неотложная помощь при острых галлюцинаторно-бредовом, галлюцинаторном и парафреническом состоянии заключается:

- 1. в неотложной госпитализации
- 2. в купировании возбуждения нейролептиками седативного действия (аминазин, тизерцин, хлорпротиксен)
- 3. в купировании психотической симптоматики нейролептиками – антипсихотиками (галоперидол, стелазин и т.д.)
- +4. всем перечисленным
- 5. ни в чем из перечисленного

353. Профессиональный делирий проявляется:

- 1. более глубоким, чем при обычном делирии, помрачением сознания
- 2. преобладанием возбуждения в виде автоматизированных двигательных актов под наплывом галлюцинаций
- 3. глубокой дезориентировкой в окружающей обстановке и отсутствием реакции на окружающее
- +4. всем перечисленным
- 5. ничем из перечисленного

354. Стадиями выключения сознания являются:

- 1. обнубиляция
- 2. оглушение
- 3. сопор
- 4. кома
- +5. все перечисленные

355. Обнубиляция проявляется:

- 1. замедленностью двигательных реакций
- 2. проявлением «облачности сознания», «вуали на сознании»
- 3. заторможенностью от минут до продолжительного времени
- +5. всем перечисленным

356. К СИОЗС относится:

- 1. Амитриптилин
- 2. Мелипрамин
- +3. Сертралин

- 4. Диазепам
- 5. Ладисан

357. К СИОЗС относится:

- 1. Амитриптилин
- 2. Мелипрамин
- +3. Пароксетин
- 4. Диазепам
- 5. Ладисан

358. К СИОЗС относится:

- 1. Амитриптилин
- +2. Эсциталопрам
- 3. Мелипрамин
- 4. Диазепам
- 5. Ладисан

359. К СИОЗС относится:

- 1. Амитриптилин
- 2. Мелипрамин
- 3. Флуоксетин
- 4. Диазепам
- 5. Ладисан

360. К СИОЗС относится:

- 1. Амитриптилин
- 2. Мелипрамин
- 3. Флувоксамин
- 4. Диазепам
- 5. Ладисан

361. Сумеречное помрачение сознания проявляется:

- 1. внезапной, чаще кратковременной, утратой ясности сознания
- 2. полной отрешенностью от окружающего
- 3. сохранением (иногда) фрагментарного и искаженного восприятия окружающего при осуществлении автоматизированных действий
- +4. всем перечисленным
- 5. ничем из перечисленного

362. Трициклический антидепрессант – это:

- +1. Амитриптилин
- 2. Мелипрамин
- 3. Флувоксамин
- 4. Диазепам
- 5. Ладисан

363. Тетрациклический антидепрессант – это:

- 1. Амитриптилин
- 2. Мелипрамин
- 3. Флувоксамин
- 4. Диазепам
- +5. Ладисан

364. В развитии генерализованного судорожного припадка различают:

- 1. тоническую фазу
- 2. клоническую фазу
- 3. фазу помрачения сознания (оглушение или сумеречное расстройство сознания)

- +4. все перечисленное
- 5. ничего из перечисленного

365. Эпилептический статус характеризуется:

- 1. серий непрерывно следующих друг за другом больших эпилептических припадков, между которыми сознание не проясняется.
- 2. продолжительностью от нескольких часов до нескольких суток
- 3. пребыванием пациента длительно в коме, сопоре или оглушения
- +4. всем перечисленным
- 5. ничем из перечисленного

366. Термин «истерия» происходит от термина:

- 1. женщина
- 2. театр
- 3. дуга
- 4. влагалище
- +5. матка

367. К расстройствам памяти относится все перечисленное, кроме:

- 1. дисмнезии
- 2. амнезии
- 3. конфабуляции
- 4. парамнезии
- +5. катамнеза

368. Антероградная амнезия характеризуется:

- 1. утратой воспоминаний о событиях, непосредственно следовавших за окончанием бессознательного состояния или другого расстройства психики
- 2. распространением подобного забвения на различный период (часы, дни, недели)
- 3. правильным поведением больных в этот, затем забытый период
- 4. ничем из перечисленного
- +5. всем перечисленным

369. Фиксационная амнезия характеризуется:

- 1. потерей способности запоминать
- 2. отсутствием памяти на текущие события
- 3. выпадением из памяти событий, непосредственно предшествовавших настоящему состоянию
- +4. всем перечисленным
- 5. ничего из перечисленного

370. Парамнезии включают все перечисленное, исключая:

- 1. ложные воспоминания
- 2. действительные события, бывшие или возможные в прошлом, перемещенные в ближайшее время
- 3. обыденные, часто связанные с профессией события, замещающие пробел в воспоминаниях пациента
- 4. патологические воображения в форме воспоминаний
- +5. «сделанные» воспоминания

371. Типичные нейролептики:

- 1. Клозапин
- +2. Зуклопентиксол
- 3. Рисполепт
- 4. Амисульприд
- 5. Азенапин

372. Феноменом Шарпантье также называют

- +1. Квартирную депрессию
- 2. Дромоманию
- 3. Слезливую депрессию
- 4. Бред отношения
- 5. Одна из генетически-обусловленных форм умственной отсталости

373. Гипобулия проявляется всем перечисленным, кроме:

- 1. пониженной волевой активности, бедности побуждений, вялости, бездеятельности
- 2. скудной, лишенной выразительности речи, снижения двигательной активности
- 3. ослабление внимания, обеднения, мышления
- 4. ограничения общения вследствие снижения откликаемости
- +5. повышения мышечного тонуса

374. Абулия проявляется всем перечисленным, исключая:

- 1. отсутствие побуждения
- 2. утраты желания
- 3. полную безучастность и бездеятельность
- 4. прекращение общения вследствие исчезновения откликаемости
- +5. отказ от речи (мутизм)

375. К алкогольным психозам не относят

- 1. Патологическое опьянение
- 2. Алкогольные энцефалопатии
- 3. Бред ревности
- +4. Всё вышеперечисленное
- 5. Ничего из вышеперечисленного

376. Экспертизу алкогольного опьянения всегда проводит:

- +1. Врач с участием сотрудника УВД
- 2. Милиционер с участием врача
- 3. Должностное лицо с привлечением врача или иных лиц, если это требуется
- 4. Врач наркопоста с участием не менее двух свидетелей
- 5. Врач с участием фельдшера

377. Закупорка мышления (шперрунг) проявляется всем перечисленным, кроме:

- 1. неожиданной остановки, перерыва мыслей
- 2. внезапной блокады мыслей
- +3. возникновения при кратковременном нарушении сознания
- 4. того, что больные замолкают, утратив нить мыслей
- 5. возникновения при ясном сознании

378. Бессвязность мышления (инкогеренция) характеризуется всем перечисленным, кроме:

- 1. утраты способности к образованию ассоциативных связей, речи в виде беспорядочности набора слов
- +2. наличия произвольно возникающего и неуправляемого потока мыслей, наплыва образов, представлений
- 3. утраты способности к отражению действительности в ее связях и отношениях
- 4. потери способности к элементарным обобщениям, к анализу и синтезу
- 5. хаотически образующихся бессмысленных связей в мышлении

379. Способность к формулировке концепций и их обобщению называется:

- 1. конкретное мышление

- +2. абстрактное мышление
- 3. интеллектуализация
- 4. бредовое мышление
- 5. рационализация

380. Расстройство, в динамике которого наблюдается быстрое развитие и суточная флюктуация симптоматики:

- 1. онейроид
- +2. делирий
- 3. сумеречное расстройство сознания
- 4. аменция
- 5. ничего из перечисленного

381. Дозы вортиоксетина мг. в сутки

- 1. 1-5
- +2. 5-20
- 3. 10-50
- 4. 50-200
- 5. 200-600

382. Эпилептические эквиваленты – это всё, кроме

- 1. Амбулаторный автоматизм
- +2. Сомнамбулизм
- 3. Эпилептический делирий
- 4. Эпилептический галлюциноз
- 5. Эпилептический онейроид

383. После помещения ребенка в больницу и разлуки с родителями у него появилось сниженное настроение, тревожность, плаксивость, отказ от речевого общения, отказы от приема пищи. Какие препараты наиболее показаны при данном состоянии?

- 1. нейролептики
- +2. транквилизаторы
- 3. противосудорожное средство
- 4. ноотропные средства
- 5. витамины

384. Каким термином обозначается неверное восприятие сенсорных стимулов, при отсутствии таковых?

- +1. галлюцинации
- 2. иллюзии
- 3. бред
- 4. дереализация
- 5. деперсонализация

385. Обследование психиатрического пациента обязательно должно включать в себя:

- 1. исследование соматического статуса
- 2. лабораторные анализы
- 3. психологические тесты
- 4. исследование психического статуса
- +5. все выше перечисленные

386. Состояние, при котором у пациента происходит изменение схемы тела:

- 1. дереализация
- +2. деперсонализация
- 3. импотенция
- 4. дромомания

-5. деменция

387. Какое из приведенных утверждений справедливо для параноидной шизофрении?

- 1. У пациента проявляется отчетливый и стойкий бред преследования или отношения, но не обязательно присутствуют другие симптомы шизофрении
- 2. у больных параноидной шизофрении всегда наблюдаются отчетливые признаки инкогерентного мышления и шперрунги
- 3. вследствие нарушения социального функционирования, прогноз у больных параноидной шизофрении хуже, чем у больных недифференцированной шизофрении
- 4. у больных параноидной шизофренией в большей степени проявляются нейрпатологические и нейрохимические нарушения, чем при других формах шизофрении
- +5. ни одно из приведенных

388. У пациента психиатрического стационара, который в течении 5 дней пребывания принимает нейролептики, на шестой день развилось состояние нарастающей тревоги и страха. пациент принимает галоперидол в дозе 10 мг/суткт и азалептин 25 мг/сутки. наиболее точное объяснение развития такого состояния одно из приведенных:

- 1. у пациента проявляются признаки антихолинэргического токсикоза, вследствие приема комбинации нейролептиков
- 2. активность нейролептиков снизилась за счет активации печеночных энзимов и снижения концентрации нейролептиков в крови
- 3. психотическое расстройство у пациента протекает по характерной для данного расстройства естественной динамике, и нейролептики не могут предотвратить ухудшение психического состояния
- +4. нарастание тревоги у пациента является следствием нарастающей нейролептической акатизии
- 5. у пациента развился делирий, как результат соматического заболевания, вызвавшего расстройство мозговой функции

389. Какое из приведенных утверждений наиболее точно характеризует агорафобию?

- 1. она возникает в ответ на специфическую психотравму
- +2. она возникает при нахождении на открытых пространствах (улицы, площади) пациента без сопровождения
- 3. при агорафобии наблюдается страх высоты
- 4. является симптомом шизофрении
- 5. симптомы тревоги возникают в специфических ситуациях, либо при мыслях об этих ситуациях

390. Лечение панических расстройств обычно начинают с назначения какой группы препаратов?

- +1. транквилизаторы
- 2. психостимуляторы
- 3. нейролептики
- 4. ноотропы
- 5. барбитураты

391. Какое из приведенных утверждений в наибольшей степени соответствует сосудистой деменции?

- 1. возбуждение при сосудистой деменции лучше лечится бензодиазепинами
- +2. ранние признаки сосудистой деменции включают нарушения памяти, беспокойство и затруднение концентрации внимания
- 3. женщины болеют чаще, чем мужчины
- 4. состояние редко характеризуется внезапным началом и ремиссионным течением
- 5. деменция обычно начинается у людей старше 80 лет

392. Расстройства зрелой личности почти всегда:

- +1. манифестируют в подростковом возрасте
- 2. тяжелее протекают в пожилом возрасте
- 3. не связаны с конституционально-генетической отягощенностью
- 4. сопровождаются хорошей социальной адаптацией
- 5. проявляются ремиттирующим течением

393. В семьях, где один из нескольких членов страдает шизофренией, часто наблюдаются лица с одним из перечисленных расстройств:

- 1. шизоидное расстройство личности
- 2. параноидное расстройство личности
- +3. шизотипическое расстройство
- 4. шизоаффективное расстройство
- 5. все из перечисленного

394. Сенестопатии характеризуются всем перечисленным, кроме:

- 1. разнообразных, крайне мучительных, тягостных ощущений в различных частях тела
- 2. необычности, вычурности ощущений
- 3. отсутствия констатируемых соматическими методами исследований причин
- 4. частых сочетаний с ипохондрическими расстройствами
- +5. восприятия, искажения формы и величины своего тела.

395. Для заместительной терапии при зависимости от опиоидов применяют

- 1. Налоксон
- +2. Бупренорфин
- 3. Налтрексон
- 4. Диазепам
- 5. Каннабис

396. Для астенического синдрома после соматического заболевания характерно все перечисленное, кроме:

- 1. аффективной лабильности с преобладанием пониженного настроения
- 2. повышенной утомляемости и истощаемости
- 3. гиперэстезии
- +4. нарушение сознания
- 5. соматовегетативные нарушения

397. Классическое депрессивное состояние характеризуется:

- 1. эмоциональным торможением
- 2. двигательным торможением
- 3. идеаторным торможением
- +4. всем перечисленным
- 5. ничем из перечисленного

398. К атипичному варианту маниакального синдрома относится:

- +1. гневливая мания
- 2. тремор
- 3. абстиненция
- 4. все перечисленные
- 5. ничего из перечисленного

399. К навязчивостям относится все перечисленное, исключая:

- +1. бесплодное мудрствование
- 2. навязчивый счет
- 3. навязчивое воспроизведение в памяти забытых имен, терминов и т. д.
- 4. навязчивое чувство антипатии
- 5. навязчивое разложение на отдельные слоги различных слов

400. Синдром деперсонализации характеризуется всем перечисленным, кроме:

- 1.расстройства самосознания личности, отчуждения психических свойств личности
- +2.нарушение сознания
- 3.чувства изменения, утраты или раздвоение своего «Я»
- 4.расстройства самосознания витальности и активности
- 5.расстройства самосознания в целостности

3.2. Критерии и шкалы оценивания.

Текущий контроль по дисциплине

Оценивание обучающегося на занятиях осуществляется в соответствии с локальным актом университета (положением), регламентирующим проведение текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся и организации учебного процесса с применением балльно-рейтинговой системы оценки качества обучения.

Критерии оценки решения проблемно-ситуационной задачи:

5 «отлично» – комплексная оценка предложенной ситуации; знание теоретического материала, правильный выбор тактики действий; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций в соответствии с алгоритмами действий;

4 «хорошо» – комплексная оценка предложенной ситуации, незначительные затруднения при ответе на теоретические вопросы; правильный выбор тактики действий; логическое обоснование теоретических вопросов с дополнительными комментариями преподавателя; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций в соответствии с алгоритмами действий;

3 «удовлетворительно» – затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; неполный ответ, требующий наводящих вопросов преподавателя; выбор тактики действий в соответствии с ситуацией возможен при наводящих вопросах преподавателя, правильное последовательное, но неуверенное выполнение манипуляций в соответствии с алгоритмами действий;

2 «неудовлетворительно» – неверная оценка ситуации; неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента; неправильное выполнение практических манипуляций, проводимое с нарушением безопасности пациента и медперсонала.

Оценивание практико-ориентированных заданий (практические навыки):

Критерии оценки выполнения практических навыков:

5 «отлично» – рабочее место оснащается с соблюдением всех требований к подготовке для выполнения манипуляций; практические действия выполняются последовательно в соответствии с алгоритмом выполнения манипуляций; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; выдерживается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима; все действия обосновываются;

4 «хорошо» – обучающийся знает основные положения методики выполнения обследования больного, самостоятельно демонстрирует мануальные навыки, анализирует результаты лабораторного и инструментального исследований, проводит дифференциальную диагностику, выставляет диагноз заболевания и составляет план лечения. Выполняет манипуляции, связанные с оказанием первой помощи. Допускает некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет;

3 «удовлетворительно» – обучающийся знает основные положения методики выполнения обследования больного, самостоятельно демонстрирует мануальные навыки, анализирует результаты лабораторного и инструментального исследований, проводит дифференциальную диагностику, выставляет диагноз заболевания и составляет план лечения. Выполняет манипуляции, связанные с оказанием первой помощи. Допускает неточности, которые исправляет только при указании преподавателя на ошибки;

2 «неудовлетворительно» – обучающийся не знает методики выполнения обследования больного, не может самостоятельно провести мануальное обследование больного, делает грубые ошибки в интерпретации результатов лабораторного и инструментального исследований, делает ошибки при проведении дифференциальной

диагностики и формулировке диагноза заболевания, и назначении лечения. Не может выполнить манипуляции при оказании неотложной помощи.

Промежуточная аттестация по дисциплине

Форма промежуточной аттестации - Экзамен.

Оценка *«отлично»* выставляется обучающемуся, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с вопросами и другими видами применения знаний, не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал рекомендуемой литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических заданий.

Оценка *«хорошо»* выставляется обучающемуся, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответах на вопросы, правильно применяет теоретические положения при решении практических заданий, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.

Оценка *«удовлетворительно»* выставляется обучающемуся, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических заданий.

Оценка *«неудовлетворительно»* выставляется обучающемуся, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки в ответах на вопросы, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические задания.

При оценивании результатов обучения по дисциплине посредством тестирования в ходе промежуточной аттестации используются следующие критерии и шкалы.

Промежуточная аттестация может при необходимости, проводится в форме компьютерного тестирования. Обучающемуся отводится для подготовки ответа на один вопрос открытого и закрытого типа не менее 5 минут.

Итоговая оценка выставляется с использованием следующей шкалы.

Оценка	Правильно решенные тестовые задания (%)
«отлично»	90-100
«хорошо»	66-89
«удовлетворительно»	50-65
«неудовлетворительно»	0-49