

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский
Университет)

СОГЛАСОВАНО

Директор Департамента подготовки
кадров высшей квалификации
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова
Минздрава России (Пироговский
Университет)

_____ М.В. Хорева

«09» июня 2026 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Специальность

31.08.20 Психиатрия

Этап программы ординатуры

Второй этап

Направленность (профиль) программы

Психиатрия-наркология

Москва, 2026 г.

Программа государственной итоговой аттестации разработана в соответствии с образовательным стандартом специализированного высшего образования по специальности 31.08.20 Психиатрия, утверждённым ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет) "24" июня 2026 г. № 988 рук, педагогическими работниками кафедры психиатрии и медицинской психологии ИНН.

№	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность в Университете, кафедра
1	Шмилович Андрей Аркадьевич	д.м.н., доцент	Заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии ИНН
2	Игумнов Сергей Александрович	д.м.н., профессор	Профессор кафедры психиатрии и медицинской психологии ИНН
3	Казанцева Элла Львовна	к.м.н., доцент	Доцент кафедры психиатрии и медицинской психологии ИНН

Программа государственной итоговой аттестации рассмотрена и одобрена на заседании кафедры, протокол от «15» мая 2026 г. № 9.

Заведующий кафедрой

_____ А.А. Шмилович

ОГЛАВЛЕНИЕ

1.	Цель и задачи государственной итоговой аттестации	4
2.	Объем государственной итоговой аттестации, ее структура и содержание	5
3.	Описание критериев и шкал оценивания компетенций	55
4.	Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации	56

1. Цель и задачи государственной итоговой аттестации

Цель государственной итоговой аттестации

Проведение оценки качества подготовки обучающихся посредством оценки готовности выпускника к решению задач профессиональной деятельности в областях и сферах деятельности, заявленных во втором этапе программы ординатуры по специальности 31.08.20 Психиатрия.

Задачи государственной итоговой аттестации

Оценка уровня сформированности универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций, установленных образовательным стандартом специализированного высшего образования, утвержденным Университетом самостоятельно (далее – ОС СПбВО).

Принятие решения о выдаче обучающемуся диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации Врач-психиатр-нарколог – в случае успешного прохождения государственной итоговой аттестации или об отчислении обучающегося из Университета с выдачей справки об обучении как не выполнившего обязанностей по добросовестному освоению второго этапа программы ординатуры и выполнению учебного плана – в случае неявки или получении неудовлетворительной оценки.

Результаты освоения второго этапа программы ординатуры, проверяемые в ходе государственной итоговой аттестации

В ходе государственной итоговой аттестации обучающийся должен продемонстрировать сформированность следующих, установленных во втором этапе программы ординатуры универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций:

Универсальные компетенции

Таблица 1

Наименование категории (группы) универсальных компетенций	Код и наименование универсальной компетенции выпускника
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте
Коммуникация	УК-2. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	УК-3. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории

Общепрофессиональные компетенции

Таблица 2

Наименование категории (группы) общепрофессиональных компетенций	Код и наименование общепрофессиональной компетенции выпускника
--	--

Деятельность в сфере информационных технологий	ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности
Организационно-управленческая деятельность	ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей

Профессиональные компетенции

Таблица 3

Наименование категории (группы) профессиональных компетенций	Код и наименование профессиональной компетенции выпускника
Медицинская деятельность	ПК-1. Способен проводить диагностику психических расстройств и расстройств поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ, и патологического влечения к азартным играм (далее – наркологические расстройства)
	ПК-2. Способен назначать и проводить лечение пациентам с наркологическими расстройствами, контролировать его эффективность и безопасность
	ПК-3. Способен проводить медицинскую реабилитацию пациентов с наркологическими расстройствами, контролировать ее эффективность и безопасность
	ПК-4. Способен проводить медицинские осмотры, медицинские освидетельствования, медицинские экспертизы в отношении пациентов с наркологическими расстройствами
	ПК-5. Способен проводить комплекс мероприятий по профилактике, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению среди населения и осуществлять контроль их эффективности
	ПК-6. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию, организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала
	ПК-7. Способен оказывать медицинскую помощь в экстренной форме

2. Объем государственной итоговой аттестации, ее структура и содержание

В соответствии с требованием ОС СпВО государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена.

Объем государственной итоговой аттестации

Объем государственной итоговой аттестации составляет 2 зачетные единицы (72 академических часа), из которых 1.3 зачетные единицы (48 академических часов) отводится на подготовку к государственному экзамену, 0.7 зачетных единиц (24 академических часа) – сдачу государственного экзамена.

Продолжительность государственной итоговой аттестации в соответствии с календарным учебным графиком составляет 1,5 недели.

Структура государственной итоговой аттестации

Государственный экзамен проводится в три этапа

Таблица 4

1 этап - тестирование	
Предмет проверки	Определения объема и качества знаний , приобретенных обучающимся в результате освоения второго этапа программы ординатуры
Особенности проведения	Тестовые вопросы охватывают содержание пройденных дисциплин (модулей) учебного плана. Обучающийся отвечает на 60 вопросов. На тестирование отводится 60 минут. Тестирование проводится в аудиториях Университета в соответствии с расписанием.
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить, как посредством устного повторения материала пройденных дисциплин (модулей) с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д., так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.
2 этап - практический	
Предмет проверки	Определения объема и качества практических навыков и умений , приобретенных обучающимся в результате освоения второго этапа программы ординатуры
Особенности проведения	Обучающему предлагается дать ответ на практические вопросы. В процессе ответов на вопросы обучающийся должен продемонстрировать следующие навыки: оценить анамнез, оценить жалобы, сделать заключение о состоянии пациента, провести расчет дозы лекарственных средств, провести анализ результатов лабораторных и (или) инструментальных исследований, оценить уровень реабилитационного потенциала, составить индивидуальную программу медицинской реабилитации. На проверку практических навыков и умений отводится 45 минут. Проверка практических навыков проводится на клинических базах Университета – местах прохождения практической подготовки.
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить посредством повторения материала пройденных дисциплин (модулей) в части практических умений и навыков, полученных на семинарских (практических) занятиях и прохождения практической подготовки (в виде решения ситуационных задач)
3 этап - собеседование	
Предмет проверки	Определения объема и качества профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать решения
Особенности проведения	Собеседование включает в себя ответ на два теоретических вопроса и решение одной ситуационной задачи. В процессе собеседования обучающемуся задаются уточняющие или дополнительные (не включённые в билет) вопросы по программе государственного экзамена. На собеседование отводится 45 минут. Собеседование может проводиться как в аудиториях Университета, так и на клинических базах Университета – местах прохождения практической подготовки.

Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить посредством повторения пройденного материала в период изучения дисциплин (модулей) и прохождения практической подготовки (в виде решения профессиональных задач в реальных условиях, выполняемых под руководством руководителя практической подготовки, повторение зафиксированного материала в дневнике и отчете о прохождении практики)
----------------------------	--

Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена (далее – предэкзаменационная консультация).

Предэкзаменационные консультации предназначены для обсуждения вопросов, выносимых на государственный экзамен, которые вызвали затруднение при подготовке. В силу этого на консультацию рекомендуется приходить, изучив материал в полном объеме и сформулировав вопросы преподавателю.

Содержание государственной итоговой аттестации

Перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен

Тестовые задания (1 этап)

1	Какой документ регламентирует порядок оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» в России?
	Приказ Минздрава РФ № 76 от 18.03.1997
	Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 декабря 2015 г. № 1034н
	Приказ № 208н/432н от 3 мая 2023 г.
	Федеральный закон № 3-ФЗ
2	Срок диспансерного наблюдения за больными с синдромом зависимости от алкоголя составляет:
	3 года
	1 год
	5 лет
3	Какое определение алкоголизма наиболее точное?
	Эпизодическое употребление алкоголя
	Хроническое прогрессирующее психическое заболевание, характеризующееся патологическим влечением к алкоголю
	Социальная девиация
	Витаминный дефицит
4	Что означает термин «полинаркомания»?
	Зависимость только от алкоголя
	Зависимость только от наркотиков
	Зависимость от нескольких ПАВ одновременно или последовательно
	Отсутствие зависимости
5	Какое вещество относится к психоактивным (ПАВ), но не является наркотическим средством?
	Морфин

	Героин
	Алкоголь
	Кокаин
6	Какой закон РФ регулирует оборот наркотических средств?
	УК РФ
	ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах»
	ГК РФ
	ТК РФ
7	Какая группа населения по отношению к алкоголю характеризуется злоупотреблением без зависимости?
	Абстиненты
	Умеренные потребители
	Злоупотребляющие
	Зависимые
8	Эпидемиология наркоманий изучает:
	Только распространённость
	Распространённость, инцидентность, динамику, факторы риска
	Только факторы риска
	Только смертность
9	Группы риска по формированию алкоголизма включают:
	Только лиц с высоким доходом
	Лиц с семейным анамнезом алкоголизма, расстройствами личности (психопатиями), социальными проблемами
	Только пожилых людей
	Только подростков
10	Социальная профилактика наркоманий включает:
	Только медикаментозное лечение
	Ограничение доступа к ПАВ, просвещение, альтернативы употреблению
	Только психотерапию
	Только кодирование
11	При дифференциальной диагностике алкоголизма и шизофрении важно знать:
	Только возраст пациента
	Наличие патологического влечения к алкоголю, динамика заболевания
	Только пол пациента
	Только социальный статус
12	Симптоматический алкоголизм при шизофрении отличается:

	Более благоприятным течением
	Более тяжёлым течением, быстрой деградацией
	Отсутствием психических расстройств
	Полным выздоровлением
13	Алкоголизм при эпилепсии характеризуется:
	Отсутствием судорог
	Частым сочетанием с абсансами, пароксизмами, тяжёлым течением
	Улучшением течения эпилепсии
	Только психической зависимостью
14	Алкоголизм после черепно-мозговых травм характеризуется:
	Благоприятным течением
	Быстрым формированием зависимости, выраженной агрессивностью
	Отсутствием когнитивных нарушений
	Полным выздоровлением
15	Алкоголизм при аффективных психозах:
	Всегда улучшает течение основного заболевания
	Может маскировать симптомы, усложнять диагностику и лечение
	Никогда не встречается
	Приводит к выздоровлению
16	Алкоголизм при расстройствах личности (психопатиях) характеризуется:
	Благоприятным течением
	Быстрым формированием зависимости, выраженными девиантными формами поведения
	Отсутствием зависимости
	Полным выздоровлением
17	Сколько степеней простого алкогольного опьянения выделяют?
	2 степени
	3 степени
	4 степени
	5 степеней
18	При какой степени простого алкогольного опьянения наблюдается выраженная эйфория?
	I степень
	II степень
	III степень
19	Какой вариант изменённого опьянения характеризуется внезапной агрессией?
	Депрессивный

	Эксплозивный
	Истерический
	Параноидный
20	Патологическое опьянение развивается:
	Только у хронических алкоголиков
	У лиц без признаков алкоголизма при небольших дозах алкоголя
	Только при высоких дозах алкоголя
	Только у лиц с шизофренией
21	Эпилептоидное патологическое опьянение характеризуется:
	Выраженной депрессией
	Внезапной агрессией с амнезией
	Систематизированным бредом
	Галлюцинациями
22	Галлюцинаторно-бредовое патологическое опьянение характеризуется:
	Только зрительными галлюцинациями
	Навязчивыми идеями
	Галлюцинациями и бредом преследования
	Только амнезией
23	Какой фактор НЕ относится к социальным в этиологии алкоголизма?
	Семейные традиции
	Доступность алкоголя
	Уровень дохода
	Метаболизм ацетальдегида
24	Какой фермент участвует в метаболизме алкоголя в первую очередь?
	Алкогольдегидрогеназа
	Ацетальдегиддегидрогеназа
	Аспаратаминотрансфераза
	Лактатдегидрогеназа
25	Какой нейромедиатор играет ключевую роль в формировании зависимости от алкоголя?
	Глутамат
	ГАМК
	Дофамин
	Глицин
26	Нарушение какого витамина наиболее характерно при хроническом алкоголизме?
	Витамин А

	Витамин В1 (тиамин)
	Витамин С
	Витамин D
27	Какой тип алкоголизма характеризуется наиболее быстрым развитием зависимости?
	Средний темп прогрессивности
	Высокий темп прогрессивности
	Низкий темп прогрессивности
	Стабильный тип
28	Симптом ситуационно-обусловленного первичного патологического влечения к алкоголю относится к:
	Синдрому физической зависимости
	Синдрому психической зависимости
	Синдрому абстиненции
	Синдрому изменённой реактивности
29	Снижение количественного контроля означает:
	Невозможность остановиться после начала употребления
	Отказ от алкоголя в любой ситуации
	Уменьшение дозы алкоголя
	Полный контроль над употреблением
30	Палимпсесты при алкоголизме — это:
	Полная амнезия эпизода опьянения
	Фрагментарные воспоминания об опьянении
	Ложные воспоминания
	Навязчивые воспоминания
31	Псевдозапой характеризуются:
	Непрерывным пьянством с утратой контроля
	Чередованием запоев и трезвых периодов
	Полным отказом от алкоголя
	Ежедневным умеренным употреблением
32	Истинные запои отличаются от псевдозапоев:
	Большей длительностью
	Патологическим влечением и невозможностью прерваться
	Меньшей дозой алкоголя
	Отсутствием похмелья
33	Алкогольная деградация личности характерна для:

	Начальной стадии алкоголизма
	Средней стадии алкоголизма
	Конечной стадии алкоголизма
	Ремиссии
34	Синтонный тип изменения личности при алкоголизме характеризуется:
	Повышенной раздражительностью
	Сохранением хорошего настроения и дружелюбия
	Выраженной тревожностью
	Истерическими реакциями
35	Астенический тип изменения личности проявляется:
	Эйфорией
	Утомляемостью, тревожностью, ипохондрией
	Агрессивностью
	Истерическими реакциями
36	Синдром физической зависимости от алкоголя включает:
	Только психическое влечение
	Абстинентный синдром и толерантность
	Только толерантность
	Только амнезию
37	Астеновегетативный компонент абстинентного синдрома включает:
	Только тревогу
	Слабость, потливость, тахикардию, тремор
	Только галлюцинации
	Только бред
38	Психический компонент абстинентного синдрома включает:
	Только депрессию
	Тревогу, раздражительность, бессонницу, кошмарные сновидения
	Только галлюцинации
	Только парезы
39	Начальная стадия алкоголизма характеризуется:
	Снижением толерантности
	Первичным патологическим влечением и ростом толерантности
	Тотальными амнезиями
	Алкогольным делирием

40	Утрата защитного рвотного рефлекса относится к признакам:
	Социального пьянства
	Начальной стадии алкоголизма
	Ремиссии
	Абстиненции
41	Средняя стадия алкоголизма характеризуется:
	Отсутствием похмельного синдрома
	Формированием похмельного синдрома и плато толерантности
	Снижением толерантности
	Полным отказом от алкоголя
42	Конечная стадия алкоголизма характеризуется:
	Ростом толерантности
	Снижением толерантности и тотальными амнезиями
	Отсутствием психических расстройств
	Социальной адаптацией
43	Симптоматический алкоголизм — это:
	Алкоголизм без сопутствующих заболеваний
	Алкоголизм, развившийся на фоне другого психического заболевания
	Алкоголизм с соматическими осложнениями
	Алкоголизм с высокой толерантностью
44	При каком заболевании наиболее часто развивается симптоматический алкоголизм?
	Эпилепсия
	Шизофрения
	Аффективные психозы
	Психопатии
45	Терапевтическая ремиссия при алкоголизме — это:
	Спонтанное выздоровление
	Ремиссия, достигнутая в результате лечения
	Ремиссия без лечения
	Рецидив заболевания
46	Основными причинами рецидивов алкоголизма у женщин является:
	Анозогнозия и отсутствие установки на лечение
	Актуализация влечения к алкоголю
	Неблагоприятное социальное окружение
	Все перечисленное

47	Ведущим симптомом в синдроме Корсакова является:
	антероградная амнезия
	фиксационная амнезия,
	психосенсорные расстройства
	криптомнезии
48	Профессиональный делирий — это:
	Делирий у врачей
	Делирий с бредом, связанным с профессией пациента
	Делирий у рабочих
	Делирий без галлюцинаций
49	Мусситирующий делирий характеризуется:
	Полным молчанием
	Бормотанием, дезориентацией
	Выраженным двигательным возбуждением
	Полной ясностью сознания
50	Острая алкогольная энцефалопатия Гайе-Вернике вызывается:
	Передозировкой алкоголя
	Дефицитом тиамина (витамина В1)
	Инфекцией
	Травмой головы
51	Триада симптомов при энцефалопатии Гайе-Вернике включает:
	Головную боль, тошноту, рвоту
	Офтальмоплегию, атаксию, нарушение сознания
	Тремор, потливость, тахикардию
	Бред, галлюцинации, агрессию
52	Корсаковский психоз характеризуется:
	Только депрессией
	Антероградной амнезией, конфабуляциями, полиневритом
	Только галлюцинациями
	Только бредом
53	Классический острый алкогольный галлюциноз характеризуется:
	Только зрительными галлюцинациями
	Слуховыми галлюцинациями с элементами бреда на фоне ясного сознания
	Только тактильными галлюцинациями
	Полным отсутствием галлюцинаций

54	Алкогольный параноид характеризуется:
	Систематизированным бредом преследования
	Бредом ревности
	Делирием
	Депрессией
55	Алкогольный онейроид характеризуется:
	Полной ясностью сознания
	Помрачением сознания с бредовыми переживаниями, двигательным возбуждением
	Только амнезией
	Только депрессией
56	Алкогольный делирий с психическими автоматизмами отличается:
	Полным отсутствием галлюцинаций
	Наличием бреда воздействия, автоматизмов
	Только депрессией
	Только сомноленцией
57	Алкогольная депрессия чаще развивается:
	В период опьянения
	В период абстиненции
	В период ремиссии
	Только при соматических заболеваниях
58	Алкогольный судорожный синдром представляет собой:
	Только миоклонические подёргивания
	Генерализованные тонико-клонические судороги
	Только абсансы
	Только фокальные судороги
59	Дипсомания (истинный запой) характеризуется:
	Кратковременным употреблением алкоголя
	Длительным непрерывным пьянством с патологическим влечением
	Умеренным употреблением
	Полным отказом от алкоголя
60	Группы риска по формированию алкоголизма включают:
	Только лиц с высоким доходом
	Лиц с семейным анамнезом алкоголизма, расстройствами личности (психопатиями), социальными проблемами
	Только пожилых людей
	Только подростков

61	Социальная профилактика наркоманий включает:
	Только медикаментозное лечение
	Ограничение доступа к ПАВ, просвещение, альтернативы употреблению
	Только психотерапию
	Только фармакотерапию
62	Реабилитация пациентов с алкоголизмом включает:
	Только медикаментозное лечение
	Психосоциальную реабилитацию, профессиональную ориентацию, восстановление социальных связей
	Только психотерапию
	Только кодирование
63	Опиоидная наркомания характеризуется:
	Отсутствием абстинентного синдрома
	Выраженным абстинентным синдромом и быстрым формированием зависимости
	Только психической зависимостью
	Только высокой толерантностью
64	При острой интоксикации опиоидами наблюдается:
	Миоз, брадикардия, угнетение дыхания, седация
	Мидриаз, тахикардия, возбуждение
	Артериальная гипертензия, гипертермия
	Судороги, психомоторное возбуждение
65	Абстинентный синдром при опиной наркомании развивается через:
	Несколько часов после последней дозы
	6–12 часов после последней дозы
	Неделю после последней дозы
	Месяц после последней дозы
66	Симптомы абстиненции при опиной наркомании включают:
	Миоз, брадикардию, седацию
	Мидриаз, лакримацию, ринорею, зевоту, потливость, миалгии
	Только эйфорию
	Только сонливость
67	Каннабиноидная наркомания характеризуется:
	Выраженным абстинентным синдромом
	Преимущественно психической зависимостью, слабым абстинентным синдромом
	Отсутствием толерантности

	Быстрым формированием физической зависимости
68	Каннабиноидные психозы характеризуются:
	Только депрессией
	Параноидными и аффективными расстройствами, дезориентацией
	Только амнезией
	Отсутствием психических расстройств
69	Кокаинизм характеризуется:
	Выраженной седацией
	Эйфорией, психомоторным возбуждением, анорексией
	Миозом
	Брадикардией
70	Острое отравление кокаином может привести к:
	Брадикардии
	Инфаркту миокарда, инсульту, судорогам
	Миозу
	Седации
71	Абстинентный синдром при кокаинизме характеризуется:
	Выраженной седацией
	Депрессией, ангедонией, тревогой, сном с кошмарами
	Миозом
	Брадикардией
72	Амфетаминовые наркомании характеризуются:
	Выраженной седацией
	Психомоторным возбуждением, анорексией, бессонницей
	Миозом
	Брадикардией
73	Психотические расстройства при амфетаминовой наркомании включают:
	Только депрессию
	Психотическое расстройство с бредом преследования, галлюцинациями
	Только амнезию
	Только сомноленцию
74	Эфедроновая наркомания относится к:
	Опиоидным наркоманиям
	Зависимости от психостимуляторов
	Галлюциногенным наркоманиям

	Зависимости от седативных средств
75	При острой интоксикации эфедромом наблюдается:
	Миоз, седация
	Психомоторное возбуждение, тахикардия, гипертензия
	Брадикардия
	Гипотермия
76	Галлюциногенные наркомании характеризуются:
	Выраженной физической зависимостью
	Преимущественно психической зависимостью, психоделическими переживаниями
	Отсутствием роста толерантности
	Выраженным абстинентным синдромом
77	Абстинентный синдром при галлюциногенной наркомании:
	Выраженный, с тяжёлыми соматическими нарушениями
	Слабо выражен или отсутствует
	Развивается через несколько часов
	Характеризуется выраженной сомноленцией
78	Токсикомания снотворными и седативными средствами характеризуется:
	Отсутствием зависимости
	Формированием физической и психической зависимости, выраженным абстинентным синдромом
	Только психической зависимостью
	Только ростом толерантности
79	Абстинентный синдром при барбитуровой токсикомании включает:
	Только тревогу
	Тревогу, тремор, судороги, делирий
	Только эйфорию
	Только сонливость
80	Транквилизаторная токсикомания характеризуется:
	Отсутствием зависимости
	Формированием зависимости, абстинентным синдромом с тревогой, судорогами
	Только психической зависимостью
	Только эйфорией
81	Теизм — это токсикомания от:
	Алкоголя
	Чая
	Кофе

	Табака
82	Кофеинизм характеризуется:
	Седацией
	Возбуждением, тахикардией, бессонницей, тревогой
	Миозом
	Брадикардией
83	Токсикомания веществами атропиноподобного действия вызывает:
	Миоз
	Мидриаз, сухость слизистых, тахикардию, дезориентацию
	Брадикардию
	Гипотермию
84	Токсикомания бытовой химией (вдыхание паров) характеризуется:
	Отсутствием вреда для здоровья
	Токсическим поражением ЦНС, печени, почек, сердца
	Только психической зависимостью
	Только эйфорией
85	Абстинентный синдром при токсикомании бытовой химией:
	Выраженный, с тяжёлыми соматическими нарушениями
	Слабо выражен или отсутствует
	Не требует терапии
	Развивается через несколько часов
86	Никотинизм характеризуется:
	Отсутствием зависимости
	Формированием физической и психической зависимости
	Только психической зависимостью
	Только ростом толерантности
87	Основной токсический компонент табака:
	Кофеин
	Никотин
	Каннабинол
	Морфин
88	Политоксикомания — это:
	Зависимость от одного вещества
	Зависимость от нескольких ПАВ одновременно
	Отсутствие зависимости

	Только социальная проблема
89	При политоксикомании абстинентный синдром:
	Всегда отсутствует
	Может быть полиморфным, сочетая признаки абстиненции от разных веществ
	Только от алкоголя
	Только от опиоидов
90	Принцип непрерывности антиалкогольной терапии означает:
	Кратковременное лечение
	Длительное наблюдение и поддерживающую терапию
	Однократное лечение
	Самолечение
91	Первый этап антиалкогольного лечения включает:
	Только психотерапию
	Дезинтоксикацию, купирование абстинентного синдрома
	Только кодирование
	Только реабилитацию
92	Антикревинговая терапия направлена на:
	Увеличение толерантности к алкоголю
	Снижение патологического влечения к алкоголю
	Предотвращение патологического опьянения
	Вызывание отвращения к алкоголю
93	Тетурам (антабус) — это:
	Опиоидный антагонист
	Ингибитор ацетальдегиддегидрогеназы, вызывающий реакцию отвращения
	Антидепрессант
	Транквилизатор
94	Метронидазол при лечении алкоголизма:
	Блокирует опиоидные рецепторы
	Вызывает реакцию, подобную дисульфирамовой
	Является антидепрессантом
	Является транквилизатором
95	Лечение алкогольного делирия включает:
	Только поведенческую психотерапию
	Бензодиазепины, нейролептики, дезинтоксикацию, витамины группы В
	Только кодирование

	Только гипноз
96	Лечение Корсаковского психоза включает:
	Только психотерапию
	Высокие дозы тиамина, ноотропы, реабилитацию
	Только нейролептики
	Только транквилизаторы
97	Когнитивно-поведенческая психотерапия при алкоголизме направлена на:
	Формирование отвращения к алкоголю
	Изменение мыслей и поведения, связанных с употреблением алкоголя
	Только внушение
	Только медикаментозную блокаду патологического влечения
98	Метод В.Е. Рожнова (эмоционально-стрессовая гипнотерапия) основан на:
	Фармакологическом воздействии
	Формировании устойчивого отрицательного отношения к алкоголю под гипнозом
	Только рациональной психотерапии
	Только групповой терапии
99	12-шаговая программа «Анонимные алкоголики» основана на:
	Медикаментозном лечении
	Духовно-ориентированной групповой поддержке, признании бессилия перед алкоголем
	Только индивидуальной психотерапии
	Только терапии созависимости
100	Корсаковский психоз чаще развивается после:
	Первого приёма алкоголя
	Длительного злоупотребления алкоголем на фоне недоедания
	Однократной интоксикации
	Абстиненции длительностью 1 день
101	Конфабуляции при Корсаковском психозе — это:
	Правдивые воспоминания
	Вымышленные воспоминания, заполняющие пробелы в памяти
	Навязчивые мысли
	Галлюцинации
102	Прогноз при Корсаковском психозе:
	Всегда полное выздоровление
	Частичное восстановление возможно, но остаются когнитивные дефициты
	Всегда летальный

	Неизвестен
103	Алкогольный галлюциноз развивается:
	При первом приёме алкоголя
	При хроническом алкоголизме на фоне абстиненции или снижения дозы
	Только при соматических заболеваниях
	Только при шизофрении
104	При алкогольном галлюцинозе сознание:
	Помрачено
	Ясное
	Отсутствует
	Колеблется
105	Алкогольный галлюциноз чаще характеризуется:
	Зрительными галлюцинациями
	Слуховыми галлюцинациями (голоса, шумы)
	Только обонятельными галлюцинациями
	Только вкусовыми галлюцинациями
106	Длительность острого алкогольного галлюциноза:
	Несколько минут
	От нескольких дней до нескольких недель
	Несколько лет
	Всю жизнь
107	Затяжной алкогольный галлюциноз может длиться:
	Несколько часов
	Несколько месяцев
	Несколько минут
	Несколько секунд
108	Алкогольный параноид характеризуется:
	Бредом величия
	Бредом преследования с систематизацией
	Бредом ревности
	Бредом отношения
109	Алкогольный параноид развивается:
	При первом приёме алкоголя
	При хроническом алкоголизме, часто на фоне абстиненции
	Только при шизофрении

	Только при эпилепсии
110	Дифференциальная диагностика алкогольного параноида проводится с:
	Депрессией
	Шизофренией, параноидной шизофренией
	Манией
	Деменцией
111	Алкогольный бред ревности отличается от бреда при шизофрении:
	Большей систематизацией и связью с реальными событиями
	Большей фантастичностью
	Отсутствием эмоциональной окраски
	Наличием галлюцинаций
112	Лечение алкогольного бреда ревности включает:
	Только психотерапию
	Нейролептики, психотерапию, лечение основного заболевания
	Только антидепрессанты
	Только транквилизаторы
113	Алкогольная депрессия чаще наблюдается:
	В период опьянения
	В период абстиненции и ранней ремиссии
	Только при соматических заболеваниях
	Только при шизофрении
114	Риск суицида при алкогольной депрессии:
	Отсутствует
	Высокий, особенно в период абстиненции
	Низкий
	Неизвестен
115	Антидепрессанты при алкогольной депрессии назначаются:
	Сразу при поступлении
	После купирования абстинентного синдрома, с осторожностью
	Никогда
	Только в высоких дозах
116	Алкогольный судорожный синдром чаще развивается:
	При опьянении
	На 2–3-й день абстиненции
	Через месяц после отказа от алкоголя

	При ремиссии
117	Алкогольные судороги чаще:
	Фокальные
	Генерализованные тонико-клонические
	Абсансы
	Миоклонические
118	Профилактика алкогольных судорог включает:
	Только психотерапию
	Бензодиазепины, карбамазепин, магния сульфат
	Только нейролептики
	Только антидепрессанты
119	Псевдозапой характерны для:
	Начальной стадии алкоголизма
	Средней стадии алкоголизма
	Конечной стадии алкоголизма
	Абстиненции
120	Переменяющееся пьянство характеризуется:
	Ежедневным употреблением
	Чередованием периодов запоя и трезвости
	Полным отказом от алкоголя
	Умеренным употреблением
121	Постоянное злоупотребление алкоголем на фоне низкой толерантности характерно для:
	Начальной стадии
	Конечной стадии алкоголизма
	Средней стадии
	Ремиссии
122	Снижение толерантности к алкоголю в конечной стадии объясняется:
	Улучшением функции печени
	Поражением печени, нарушением её метаболических функций
	Увеличением массы тела
	Улучшением общего состояния
123	Тотальные алкогольные амнезии характерны для:
	Начальной стадии
	Конечной стадии алкоголизма
	Средней стадии

	Абстиненции
124	Социальная дезадаптация при алкоголизме наиболее выражена:
	При начальной стадии
	При конечной стадии
	При средней стадии
	При ремиссии
125	Факторы, способствующие рецидиву алкоголизма, включают:
	Только биологические
	Психологические, социальные, биологические
	Только социальные
	Только психологические
126	Длительность ремиссии при начальной стадии алкоголизма:
	Всегда менее месяца
	Обычно длительнее, чем при конечной стадии
	Всегда менее недели
	Не зависит от стадии
127	«Спонтанные» ремиссии при алкоголизме:
	Всегда постоянные
	Возможны, но обычно нестойкие
	Невозможны
	Всегда приводят к выздоровлению
128	Толерантность к алкоголю — это:
	Отвращение к алкоголю
	Необходимость увеличения дозы для достижения эффекта
	Аллергическая реакция
	Полное отсутствие эффекта от алкоголя
129	Ситуационный контроль при алкоголизме нарушается на:
	Начальной стадии
	Средней стадии
	Конечной стадии
	При всех стадиях одновременно
130	Первичное патологическое влечение к алкоголю формируется на:
	Конечной стадии
	Начальной стадии
	Средней стадии

	При ремиссии
131	Вторичное патологическое влечение к алкоголю связано с:
	Эйфорией от алкоголя
	Купированием похмельного синдрома
	Социальным давлением
	Голодом
132	Плато толерантности характерно для:
	Начальной стадии
	Средней стадии алкоголизма
	Конечной стадии
	Абстиненции
133	Острые алкогольные психозы чаще развиваются на:
	Начальной стадии
	Средней стадии алкоголизма
	Конечной стадии
	При первом употреблении
134	Соматические осложнения алкоголизма наиболее выражены на:
	Начальной стадии
	Средней и конечной стадиях
	При ремиссии
	При абстиненции
135	Неврозоподобные расстройства при начальной стадии алкоголизма включают:
	Только депрессию
	Тревожность, ипохондрию, раздражительность
	Только галлюцинации
	Только бред
136	Вегетативная дистония при начальной стадии алкоголизма проявляется:
	Только гипертензией
	Потоотделением, тахикардией, нестабильностью АД
	Только брадикардией
	Только гипотермией
137	Функциональные дискинезии при алкоголизме:
	Всегда органические
	Обратимы при отказе от алкоголя на ранних стадиях
	Требуют хирургического лечения

	Не поддаются лечению
138	Морально-этическое снижение личности при алкоголизме проявляется:
	Повышением ответственности
	Эгоцентризмом, лживостью, утратой интересов
	Улучшением отношений с семьёй
	Повышением трудоспособности
139	Эксплозивный тип изменения личности при алкоголизме характеризуется:
	Повышенной дружелюбностью
	Вспышками агрессии, раздражительностью
	Выраженной тревожностью
	Истерическими реакциями
140	Истерический тип изменения личности при алкоголизме проявляется:
	Агрессивностью
	Театральностью, стремлением к вниманию, демонстративностью
	Апатией
	Ретардацией
141	Шизоидный тип изменения личности при алкоголизме характеризуется:
	Общительностью
	Замкнутостью, аутизмом, эмоциональной холодностью
	Демонстративностью
	Агрессивностью
142	Синдром изменённой реактивности при алкоголизме включает:
	Только изменение толерантности
	Изменение картины опьянения, амнестические явления, палимпсесты
	Только абстиненцию
	Только депрессию
143	Амнестические формы опьянения при алкоголизме:
	Всегда связаны с высокими дозами
	Могут возникать при умеренных дозах на поздних стадиях
	Возникают только при первом приёме
	Никогда не возникают
144	Изменение картины опьянения при хроническом алкоголизме проявляется:
	Всегда улучшением настроения
	Преобладанием дисфории, агрессии вместо эйфории
	Только седацией

	Только галлюцинациями
145	Алкогольный делирий чаще развивается после:
	Однократной интоксикации
	Длительного запоя с резкой отменой алкоголя
	Умеренного употребления
	Полного отказа от алкоголя на год
146	Прогноз при алкогольном делирии без лечения:
	Всегда благоприятный
	Летальность до 15–20%
	Никогда не бывает летальным
	Всегда полное выздоровление
147	Какой орган наиболее часто поражается при хроническом алкоголизме?
	Почки
	Печень
	Лёгкие
	Желудок
148	Алкогольная кардиомиопатия характеризуется:
	Гипертрофией миокарда
	Дилатацией желудочков, нарушением ритма
	Стенозом митрального клапана
	Инфарктом миокарда
149	Алкогольный полиневрит вызывается:
	Только травмой
	Токсическим поражением периферических нервов
	Только инфекцией
	Только сосудистыми нарушениями
150	Алкогольная энцефалопатия характеризуется:
	Только депрессией
	Когнитивными нарушениями, атаксией, нистагмом
	Только галлюцинациями
	Только бредом
151	Алкогольный панкреатит характеризуется:
	Только запорами
	Болями в животе, нарушением внешнесекреторной функции
	Только рвотой

	Только вздутием
152	Алкогольная анемия чаще:
	Железодефицитная
	Макроцитарная (В12-фолиеводефицитная)
	Гемолитическая
	Апластическая
153	Алкогольный цирроз печени классифицируется по:
	Только по размеру печени
	По морфологическому варианту (мелкоточечный, крупноточечный, смешанный)
	Только по функции печени
	Только по причине
154	Портальная гипертензия при алкогольном циррозе проявляется:
	Только асцитом
	Варикозным расширением вен пищевода, асцитом, спленомегалией
	Только гепатомегалией
	Только желтухой
155	Алкогольная энцефалопатия Гайе-Вернике лечится:
	Только диуретиками
	Высокими дозами тиамина в/в
	Только нейролептиками
	Только транквилизаторами
156	При алкогольном делирии противопоказаны:
	Бензодиазепины
	Атропин и другие антихолинергические препараты
	Нейролептики
	Витамины группы В
157	Алкогольный галлюциноз лечится:
	Только бензодиазепинами
	Нейролептиками, бензодиазепинами, витаминами
	Только антидепрессантами
	Только ноотропами
158	Алкогольная депрессия требует назначения:
	Только психотерапии
	Антидепрессантов, психотерапии, наблюдения из-за риска суицида

	Только нейролептиков
	Только транквилизаторов
159	Алкогольный параноид лечится:
	Только антидепрессантами
	Нейролептиками, психотерапией
	Только транквилизаторами
	Только ноотропами
160	Затяжной алкогольный параноид может длиться:
	Несколько часов
	Несколько месяцев
	Несколько минут
	Несколько секунд
161	При лечении алкогольного делирия доза диазепама:
	Минимальная
	Высокая, до достижения седации
	Средняя
	Нулевая
162	Нейролептики при алкогольном делирии назначаются:
	В качестве монотерапии
	В комбинации с бензодиазепинами для контроля психомоторного возбуждения
	Только при отсутствии галлюцинаций
	Противопоказаны
163	Роль врача общего профиля в профилактике алкоголизма включает:
	Только лечение осложнений
	Раннее выявление злоупотребления, мотивацию к лечению, краткие интервенции
	Только направление к наркологу
	Только выдачу справок
164	Первичная профилактика наркологических заболеваний направлена на:
	Лечение уже сформировавшейся зависимости
	Предупреждение начала употребления ПАВ
	Реабилитацию больных
	Снижение вреда
165	Вторичная профилактика направлена на:
	Предупреждение начала употребления
	Раннее выявление и лечение зависимости, предупреждение прогрессирования

	Только реабилитацию
	Только социальную адаптацию
166	Третичная профилактика направлена на:
	Предупреждение начала употребления
	Предупреждение рецидивов, реабилитацию, социальную адаптацию
	Только дезинтоксикацию
	Только раннее выявление и лечение зависимости
167	Что представляет собой реабилитация наркозависимых пациентов (больных наркоманией) согласно Приказу № 208н/432н?
	Только медицинское лечение в стационаре
	Комплекс мероприятий медицинского, психологического и социального характера
	Принудительное лечение в специализированном учреждении
	Профилактическая работа с здоровым населением
168	Социальная реабилитация наркозависимых пациентов осуществляется в соответствии с законодательством о:
	Только о наркотических средствах
	О наркотических средствах, профилактике правонарушений и социальной помощи
	Только о социальном обслуживании
	Только об охране здоровья
169	В каких организациях осуществляется медицинская реабилитация наркозависимых пациентов?
	В любых медицинских организациях
	В медицинских организациях, имеющих лицензию на «психиатрию-наркологию»
	Только в государственных больницах
	Только в частных клиниках
170	На каком основании осуществляется медицинская реабилитация наркозависимых пациентов?
	По решению суда
	При наличии информированного добровольного согласия
	По направлению органов социальной защиты
	По требованию работодателя
171	Кто направляет наркозависимых пациентов на медицинскую реабилитацию?
	Социальный работник
	Врач-психиатр-нарколог
	Родители пациента
	Представитель органов внутренних дел
172	Когда пациенты с наркоманией направляются на медицинскую реабилитацию?
	При первом обращении за помощью

	По окончании лечения и при наличии медицинских показаний
	Только после судебного решения
	По истечении 6 месяцев диспансерного наблюдения
173	Какие мероприятия проводят медицинские организации для побуждения пациентов к реабилитации?
	Принудительную госпитализацию
	Мотивационное консультирование
	Административные штрафы
	Изоляцию от общества
174	Кто совместно с медицинскими организациями информирует пациентов о возможности социальной реабилитации?
	Правоохранительные органы
	Организации социального обслуживания
	Работодатели пациентов
	Религиозные организации
175	Когда осуществляется признание наркозависимых пациентов нуждающимися в социальном обслуживании?
	После завершения всего курса реабилитации
	На этапе медицинской реабилитации
	Только при обращении в органы соцзащиты
	По решению суда
176	Какой документ выдается медицинской организацией при направлении на социальную реабилитацию?
	Справка о болезни
	Выписной эпикриз
	Направление на диспансерное наблюдение
	Медицинская карта амбулаторного больного
177	Как используются рекомендации выписного эпикриза при социальной реабилитации?
	Для определения сроков лечения
	При разработке индивидуальной программы предоставления социальных услуг
	Для оценки эффективности медицинской реабилитации
	Для составления протокола судебного заседания
178	Какие услуги включает социальная реабилитация согласно Приказу № 208н/432н?
	Только медикаментозную терапию
	Социально-психологические, педагогические, трудовые, правовые услуги и господдержку
	Только психотерапевтические занятия
	Только трудовую терапию

179	В какой форме предоставляются услуги по социальной реабилитации признанным нуждающимся наркозависимым пациентам?
	Стационарной
	Полустационарной
	Амбулаторной
	На дому
180	Где может осуществляться социальная реабилитация наркозависимых пациентов?
	Только в государственных организациях
	В полустационарных организациях социального обслуживания, их подразделениях и профильных НКО
	Только в медицинских организациях
	Только в пенитенциарных учреждениях
181	Какие требования предъявляются к профильным некоммерческим организациям, осуществляющим социальную реабилитацию?
	Только наличие медицинской лицензии
	Наличие необходимых материально-технических и кадровых ресурсов и включение в реестр поставщиков социальных услуг
	Только согласование с Минздравом
	Государственная аккредитация в сфере образования
182	Кто устанавливает структуру и штатную численность отделения социальной реабилитации?
	Министерство здравоохранения
	Руководитель организации, в которой оно создано
	Министерство труда и социальной защиты
	Региональный орган исполнительной власти
183	Какой документ является основным нормативным правовым актом, регламентирующим реабилитацию наркозависимых пациентов в России?
	Федеральный закон «Об охране здоровья граждан»
	Федеральный закон от 8 января 1998 г. № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах»
	Кодекс об административных правонарушениях
	Трудовой кодекс РФ
184	Какой стратегический документ определяет направления реабилитации в сфере наркологии в России?
	Концепция демографической политики
	Стратегия государственной антинаркотической политики Российской Федерации на период до 2030 года
	Национальный проект «Здравоохранение»
	Федеральная целевая программа «Профилактика и борьба с социально значимыми заболеваниями»
185	Какой период лечебно-реабилитационного процесса направлен на лечение острых состояний и подготовку к реабилитации?

	Реабилитационный
	Постреабилитационный
	Предреабилитационный
	Стабилизационный
186	Сколько этапов включает собственно реабилитационный период?
	Два
	Три
	Четыре
	Пять
187	Какой этап реабилитации направлен на приспособление больных к условиям содержания и распорядку работы реабилитационного учреждения?
	Интеграционный
	Адаптационный
	Стабилизационный
	Постреабилитационный
188	Какой этап реабилитации направлен на вхождение в реабилитационную программу, включающую медицинский, психологический и социальный аспекты?
	Адаптационный
	Интеграционный
	Стабилизационный
	Предреабилитационный
189	Какой этап реабилитации направлен на восстановление и стабилизацию физического и психического состояния пациента?
	Адаптационный
	Интеграционный
	Стабилизационный
	Дезинтоксикационный
190	Какой этап терапии включает интенсивную терапию острых состояний и восстановление психофизического состояния?
	Постабстинентный период
	Становление ремиссии
	Дезинтоксикация (детокс)
	Стабилизационный этап
191	Какой этап терапии направлен на подавление синдрома патологического влечения?
	Дезинтоксикация
	Постабстинентный период
	Становление ремиссии

	Адаптационный этап
192	Какой этап терапии направлен на формирование устойчивости к негативным воздействиям социальной среды?
	Дезинтоксикация
	Постабстинентный период
	Становление ремиссии
	Предреабилитационный период
193	Что такое реабилитационная среда в практической наркологии?
	Только физические условия стационара
	Совокупность организационных и функциональных факторов, объединенных программой реабилитации
	Социальная сеть пациента
	Географическое расположение реабилитационного центра
194	Какой вид реабилитационной среды включает наркологический диспансер и семейные клубы трезвости?
	Закрытая
	Полузакрытая
	Открытая
	Изолированная
195	Какой вид реабилитационной среды включает терапевтическое сообщество и реабилитационное общежитие?
	Открытая
	Полузакрытая
	Закрытая
	Полностью изолированная
196	Какой вид реабилитационной среды включает наркологический реабилитационный центр и монастырь?
	Открытая
	Полузакрытая
	Закрытая
	Полуоткрытая
197	Какой принцип лечебно-реабилитационного процесса предполагает наличие письменного согласия пациента при поступлении в центр?
	Отказ от употребления ПАВ
	Добровольное согласие пациентов
	Личная ответственность
	Адресность

198	Что такое реабилитационный потенциал наркологических пациентов?
	Финансовая способность оплатить лечение
	Многофакторная клиническая, психологическая и социальная диагностика
	Уровень образования пациента
	Стаж употребления ПАВ
199	Сколько уровней реабилитационного потенциала определено в наркологической практике?
	Два
	Три
	Четыре
	Пять
200	Какой уровень реабилитационного потенциала характеризуется низкой наследственной отягощенностью и начальной стадией зависимости?
	Низкий
	Средний
	Высокий
	Критический
201	Какой уровень реабилитационного потенциала характеризуется продолжительным стажем заболевания, внутривенным употреблением и полизависимостью?
	Высокий
	Средний
	Низкий
	Удовлетворительный

Перечень практических заданий (2 этап)

1. Провести оценку анамнеза и жалоб пациента с наркологическим расстройством.
2. Провести оценку психического статуса пациентов с наркологическим расстройством различного возраста.
3. Оценить проведенный осмотр, провести дифференциальную диагностику заболеваний с учётом возрастных особенностей.
4. Оценить тяжесть состояния пациента с наркологическим расстройством.
5. Определить показания к госпитализации (при необходимости).
6. Определить показания к проведению лабораторных и инструментальных методов исследования.
7. Оценить результаты определения не прямых биомаркеров злоупотребления алкоголем: определение активности аспартатаминотрансферазы в крови (АсАТ); определение активности аланинаминотрансферазы в крови (АлАТ); определение активности гамма-глутамилтрансферазы в крови (гамма-ГТ); качественное и количественное определение карбогидрат-дефицитного трансферрина (CDT) в сыворотке крови методом капиллярного электрофореза; определение размеров эритроцитов (среднего корпускулярного объема эритроцита (MCV, СКОЭ)).
8. Оценить результаты определения прямых биомаркеров злоупотребления алкоголем и ПАВ: количественное определение одной группы психоактивных веществ, в том числе наркотических средств и психотропных веществ, их метаболитов в крови /моче иммунохимическим методом; исследование уровня этанола, метанола в крови; исследование уровня этанола в

выдыхаемом воздухе; количественное определение этилглюкуронида в моче; количественное определение фосфадитил-этанола в крови.

9. Оценить результаты исследования специфических маркеров (мозговой нейротрофический фактор (BDNF), глиальный нейротрофический фактор (GDNF), нейронспецифическая энолаза (NSE), альфа-синуклеин или белок S100B).

10. Оценить результаты определения кислотно-основного состояния крови и серологических маркеров вирусных гепатитов В, С).

11. Дать оценку результатов инструментальных методов исследования (проводятся по клиническим показаниям): ультразвуковое исследование внутренних органов, электроэнцефалография, эхоэнцефалография, рентгенография черепа, эзофагогастродуоденоскопии, колоноскопии с морфологическим исследованием биоптатов слизистой оболочки (пищевода, желудка, 12-п кишки, тонкой и толстой кишки).

12. Дать оценку результатов нейровизуализационных методов исследования (проводятся по клиническим показаниям): компьютерной томографии (КТ) головного мозга; магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга.

13. Сформулировать диагноз наркологического расстройства в соответствии с общепринятой для данной нозологической формы классификацией и действующей МКБ.

14. Составить и обосновать план лечения пациента с наркологическим расстройством. Изложить современные представления о механизмах и возможностях медикаментозной и немедикаментозной терапии.

15. Определить медицинские показания и противопоказания для проведения мероприятий медицинской реабилитации при наркологических расстройствах.

16. Определить признаки временной и стойкой нетрудоспособности при наркологических расстройствах.

17. Рассказать о тактике врача-психиатра-нарколога при неотложных состояниях, вызванных наркологическими расстройствами: острая интоксикация психоактивными веществами (ПАВ); психомоторное возбуждение, острый параноидный психоз; тяжёлый абстинентный синдром; метаболические и другие осложнения (гипогликемия, алкогольный кетоацидоз, нарушения электролитного баланса (дефицит калия, натрия), отёк головного мозга, аспирационно-обтурационные осложнения (западение языка, гиперсаливация, бронхорея, аспирация рвотных масс в дыхательные пути)).

18. Рассказать о тактике врача-психиатра-нарколога при алкогольной зависимости (провести дифференциальную диагностику и назначить лечение с учетом особенностей патогенеза и клиники).

19. Рассказать о тактике врача-психиатра-нарколога при женском алкоголизме и алкоголизме у пожилых людей с учетом особенностей клиники и диагностики.

20. Рассказать о тактике врача-психиатра-нарколога при острой интоксикации и синдроме отмены седативных и снотворных препаратов (барбитуратов и бензодиазепинов) с учетом особенностей клиники, диагностики, терапии.

21. Рассказать о тактике врача-психиатра-нарколога при психических и поведенческих расстройствах, вызванных употреблением кокаина и других психостимуляторов (включая синтетические катиноны), галлюциногенов.

22. Рассказать о тактике врача-психиатра-нарколога при синдроме зависимости от ПАВ и коморбидной аффективной патологии.

23. Рассказать о тактике врача-психиатра-нарколога при нехимических аддикциях.

24. Рассказать о тактике врача-психиатра-нарколога при металкогольных психозах.

25. Рассказать о тактике врача-психиатра-нарколога при жизнеугрожающих состояниях при психических и поведенческих расстройствах, вызванных употреблением опиоидов

26. Рассказать о тактике врача-психиатра-нарколога при жизнеугрожающих состояниях при психических и поведенческих расстройствах, вызванных употреблением кокаина и других психостимуляторов.

27. Охарактеризовать методы купирования различных методов психомоторного возбуждения.

28. Охарактеризовать основные стратегии и формы профилактики аддиктивного поведения.

29. Охарактеризовать методы первичной профилактики аддиктивного поведения.
30. Охарактеризовать методы вторичной профилактики аддиктивного поведения.
31. Охарактеризовать методы третичной профилактики аддиктивного поведения.
32. Охарактеризовать основные методы психопрофилактики наркологических расстройств.

Перечень заданий к собеседованию (3 этап)

Теоретические вопросы

1. Структура наркологической службы: наркологические диспансеры, стационары, кабинеты участковых наркологов в поликлиниках, реабилитационные отделения, анонимные кабинеты. Обязанности участкового врача психиатра-нарколога, подросткового врача психиатра-нарколога, врача кабинета проведения экспертизы алкогольного опьянения.
2. Правовые основы: добровольное лечение (основной принцип), принудительное лечение – по решению суда или в случаях, предусмотренных законом (недееспособность, общественная опасность).
3. Правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «наркология».
4. Основы российского уголовного права. Профессиональные нарушения мед. персонала и ответственность за них. Основные права и обязанности психиатра-нарколога по отношению к наркологическим пациентам.
5. Классификация психопатологических расстройств по МКБ-10.
6. Фундаментальные расстройства высших психических функций. Критерии помрачённого сознания по К. Ясперсу. Основные механизмы формирования психопатологических симптомов и их структурно-динамические характеристики.
7. Депрессивный синдром, его классификация. Виды депрессивных состояний (эндогенная, реактивная, маскированная, соматизированная депрессия). Сложные варианты депрессивного синдрома.
8. Маниакальные расстройства, их классификация: по тяжести (гипомания, мания без и с психотическими симптомами) и клинической динамике. Диагностические критерии. Дифференциальная диагностика между различными типами аффективных расстройств и прогностические факторы.
9. Невротические расстройства, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, и их классификация.
10. Бредовые и галлюцинаторные расстройства и их особенности.
11. Расстройства (помрачения) сознания. Определение. Психопатологическая характеристика. Варианты.
12. Шизофрения. Роль употребления ПАВ в этиопатогенезе. Основные клинические характеристики. Диагностические критерии.
13. Общая характеристика аффективных расстройств Клинические варианты течения БАР и циклотимии. Диагностические границы между БАР I и II типов, циклотимией и личностными чертами, продуктивные и негативные симптомы аффективных психозов. Особенности течения, прогноз и подходы к фармакотерапии.
14. Психопатология эпилепсии. Диагностика: ЭЭГ, МРТ, дифференциальный диагноз с неэпилептическими пароксизмами, психогенными непроизвольными приступами.
15. Патологические свойства личности. Дифференциальная диагностика между психопатиями и шизофренией, аффективными расстройствами, органической патологией.

16. Психогенные реакции (депрессивная, маниакальная, истерическая, бредовая) и психозы. Роль употребления ПАВ в этиопатогенезе. Клинические проявления психогенных реакций и психозов.
17. Невротические и связанные со стрессом расстройства. Этиология, патогенез, дифференциальная диагностика с психотическими расстройствами, терапевтические подходы. Роль употребления ПАВ в этиопатогенезе.
18. Определение наркологии. Основные понятия: психоактивное вещество, толерантность, абстиненция, аддикция, компульсивное влечение. Классификация психоактивных веществ и вызываемых ими расстройств.
19. История развития наркологии в России и мире: от социально-правового подхода к биопсихосоциальной модели.
20. Классификация психоактивных веществ и вызываемых ими расстройств.
21. Этиология и патогенез расстройств, связанных с употреблением ПАВ.
22. Синдромология химических зависимостей. Синдром измененной реактивности. Синдром психической зависимости. Синдром физической зависимости. Синдром последствий хронической интоксикации.
23. Методы диагностики в наркологии. Клиническое интервью. Клинико-психопатологический метод. Лабораторные и инструментальные методы. Психологическое тестирование. Диагностические критерии согласно МКБ-10.
24. Соматическое и неврологическое обследование в наркологии. Сбор жалоб, объективный осмотр. Общеклинические исследования. Неврологический осмотр.
25. Экспериментально-психологические исследования, генетические исследования, генеалогический метод, близнецовый метод, исследование приемных детей с их биологическими и приемными родителями.
26. Общие принципы терапии наркологических расстройств. Этапы лечения. Биологические методы лечения. Психотерапия.
27. Определение, общая характеристика, классификация химических зависимостей.
28. Психические и поведенческие расстройства, индуцированные приемом опиатов и опиоидов. Клиника и течение зависимости от опиатов и опиоидов. Последствия и осложнения зависимости от опиатов и опиоидов.
29. Клиника и течение героиновой зависимости.
30. Клиника, течение, осложнения, варианты течения зависимости от каннабиноидов. Психозы вследствие злоупотребления каннабиноидами. Изменения личности при зависимости от каннабиноидов.
31. Клиника зависимости от стимуляторов, течение, осложнения, исходы.
32. Клиника, течение, осложнения зависимости от амфетамина и его производных.
33. Клиника, течение, осложнения и последствия зависимости от кокаина.
34. Клиника и течение зависимости от фенилпропаноламина.
35. Клиника и течение зависимости от эфедрона.
36. Психические и поведенческие расстройства, индуцированные приемом галлюциногенов: классификация, варианты течения.
37. Клиника и течение зависимости от седативно-снотворных препаратов. Ятрогенное формирование зависимости.
38. Клиника, течение, осложнения зависимости от барбитуратов.
39. Клиника, течение зависимости от транквилизаторов.
40. Психические и поведенческие расстройства из-за употребления атропиноподобных веществ.

41. Клиника и течение зависимости от тригексифенидила (циклодола) и других центральных Н-холиноблокаторов.
42. Клиника и течение зависимости от офтальмологических препаратов, растительные источники атропиноподобных веществ.
43. Психические и поведенческие расстройства, индуцированные приемом летучих веществ. Классификация, клиника, течение, осложнения зависимости от летучих веществ.
44. Психические и поведенческие расстройства из-за одновременного употребления нескольких наркотических средств или других ПАВ. Особенности формирования и течения, особенности абстинентных состояний, диагностика, лечение, профилактика полизависимостей.
45. Понятие коморбидности в наркологии. Особенности течения химических зависимостей у лиц с психическими расстройствами.
46. Формирование химических зависимостей у подростков. Факторы риска формирования зависимости от ПАВ в подростковом возрасте. Особенности клиники и течения зависимости от ПАВ у подростков.
47. Этиология и патогенез алкоголизма. Классификация алкоголизма.
48. Синдромы и психопатологические состояния при алкоголизме.
49. Зависимость от алкоголя: клиника, течение у лиц разных половозрастных групп, осложнения.
50. Алкогольная болезнь: понятие, клиника. Неврологические осложнения алкоголизма.
51. Алкогольные психозы. Алкогольный делирий. Энцефалопатия Гайе-Вернике. Корсаковский психоз. Алкогольные галлюцинозы. Бредовые негаллюцинаторные психозы.
52. Алкоголизм у женщин. Особенности формирования алкоголизма у женщин.
53. Алкоголизм у лиц пожилого возраста. Особенности клиники алкоголизма у пожилых людей.
54. Алкоголизм у подростков. Клинико-биологические факторы формирования раннего алкоголизма, микросоциальные факторы формирования алкоголизма подростков. Клиника и динамика алкоголизма в подростковом возрасте.
55. Симптоматический алкоголизм. Определение понятия и распространенность.
56. Экспертиза алкогольного и наркотического опьянения. Порядок проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического).
57. Критерии опьянения. Критерии направления на медицинское освидетельствование.
58. Медицинская помощь по отказу от потребления табака. Организация медицинской помощи по отказу от табакокурения. Лечебные программы по отказу от потребления табака. Профилактические программы, направленные на предотвращение потребления табака.
59. Этапы лечения пациентов с наркоманиями и токсикоманиями. Предреабилитационный период. Реабилитационный период.
60. Абстинентный синдром – определение. Клинические варианты абстинентного синдрома. Купирование клинических вариантов абстинентного синдрома.
61. Принципы терапии синдрома зависимости. Детоксикация организма от токсинов, медикаментозное лечение, всесторонняя психосоциальная реабилитация.
62. Принципы терапии в постабстинентном периоде и в период становления ремиссии. Основные принципы поддерживающей терапии. Цель и этапы поддерживающей терапии.
63. Противорецидивная терапия. Купирование патологического влечения. Купирование аффективных расстройств. Купирование нарушений сна.
64. Купирование абстинентного синдрома. Лечение алкогольных психозов. Сенсибилизирующая терапия алкоголизма.

65. Немедикаментозные методы лечения наркологических пациентов. Оксигенотерапия. Разгрузочно-диетическая терапия. Физиотерапия.
66. Психотерапия в наркологии. Отдельные психотерапевтические методы. Основы групповой психотерапии. Особенности психотерапии наркологических пациентов. Работа с семьями пациентов с алкоголизмом и наркоманиями.
67. Неотложные состояния: острые отравления психоактивными веществами (ПАВ), тяжелые формы синдрома отмены (абстиненции) и алкогольные/наркотические психозы. Организация и принципы оказания неотложной помощи.
68. Нарушения функций ЦНС. Гипоксия мозга. Нарушения водно-электролитного баланса. Сдвиг кислотно-щелочного состояния. Гиповитаминоз. Нарушения сердечно-сосудистой системы. Методы диагностики, дифференциальная диагностика.
69. Клиническая характеристика неотложных состояний в наркологии. Показания к проведению реанимационных мероприятий. Методы интенсивной терапии.
70. Профилактика наркологических расстройств (первичная, вторичная, третичная). Аспекты профилактики в детском и подростковом возрасте Психогигиена семейного воспитания. Принципы осуществления диспансерного наблюдения за пациентами с наркологической патологией.
71. Профилактические программы, направленные на предотвращение потребления табака. Программы первичной профилактики (антитабачная пропаганда, вовлечение в общественно полезную творческую деятельность, занятия спортом, туризмом, приобщение к посильному труду). Вторичная профилактика «групп риска».
72. Порядок проведения медицинского освидетельствования в наркологии. Правила поведения при проведении медицинских освидетельствований, наркологических медицинских экспертиз, медицинских осмотров,
73. Законодательные основы принудительного лечения. Судебно-психиатрическая экспертиза по гражданским делам.
74. Основы организации реабилитационного процесса в наркологии. Стандарты реабилитации в наркологии. Цель и задачи реабилитации пациентов с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления ПАВ. Основные формы, содержание и условия прохождения реабилитации. Работа наркологических реабилитационных центров.
75. Виды реабилитации (медицинская реабилитация, физическая, психологическая, социально-бытовая, профессиональная).
76. Содержание, этапы и методы реабилитации в наркологии. Медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению мероприятий по медицинской реабилитации пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с применением психоактивных веществ.
77. Психопатология постабстинентного периода. Варианты и клиника патологического влечения к ПАВ. Методы лечения.
78. Ремиссия в клинике наркологических заболеваний. клинические аспекты. Динамика и варианты течения ремиссии.
79. Особенности амбулаторного наблюдения наркологических пациентов. тактика ведения.

Ситуационные задачи

Ситуационная задача 1

На приёме пациент П., 36 лет, столяр. Жалуется на головные боли, слабость, потливость, дрожь в теле, плохой сон, подавленное настроение, раздражительность. Подобное состояние

возникало каждый раз на другой день после приёма больших доз алкоголя и снималось после опохмеления (приём водки или других алкогольных напитков).

Из анамнеза известно, что злоупотребляет алкоголем около 12 лет.

Вопросы:

1. Какие симптомы Вы обнаруживаете у данного пациента?
2. Сформулируйте психопатологический синдромальный диагноз.
3. Как бы Вы обосновали нозологический диагноз?
4. Какая дополнительная информация необходима для уточнения стадии течения заболевания?

Ситуационная задача 2

Пациент С., 32 лет, работает продавцом в продовольственном магазине. Злоупотребляет алкоголем в течение 6 лет, не опохмеляется. Дозы потребляемого алкоголя увеличиваются, выпивает до 0,5 - 0,8 водки в день.

При поступлении в клинику жалуется на потерю контроля над количеством выпитого. Приём даже небольших доз спиртного сопровождается появлением непреодолимого желания выпить ещё. На другой день после употребления алкоголя не всё помнит, что делал накануне. Часто не может вспомнить, как добрался домой, как себя вёл, что говорил.

Вопросы:

1. Какие симптомы Вы наблюдаете у пациента?
2. Как квалифицировать данное состояние?
3. Сформулируйте нозологический диагноз и обоснуйте его.
4. Какова Ваша тактика оказания медицинской помощи данному пациенту?

Ситуационная задача 3.

Пациент А., 57 лет, поступил в клинику с жалобами на раздражительность, головные боли, бессонницу.

Из анамнеза: по словам жены, на протяжении 25 лет злоупотребляет алкогольными напитками. Около 15 лет опохмеляется, выражен похмельный синдром. Последние 2-3 года прибегает к приёму суррогатов алкоголя: одеколону, технического спирта, лекарственных настоек и т.п. Несколько месяцев тому назад стал обвинять жену в супружеской неверности. Считал, что она изменяет ему со своим начальником. Стал следить за ней. В обеденный перерыв приезжал к ней на работу и подсматривал, что она делает. Встречал её после работы. Незначительная задержка её на работе вызывала в нём подозрения об измене. Угрожал убить его и её, если увидит их вместе. Дома тщательно обследовал её личные вещи. Однажды, заметив какие-то пятна на белье, понёс его на микроскопическое исследование. Несмотря на то, что "следов измены" обнаружено не было, считал, что его специально дезинформировали, так как её «покрывают любовники».

Сцены ревности чаще устраивал в состоянии опьянения или похмелья.

Психическое состояние: пациент охотно вступает в беседу. Внешне спокоен, корректен. Просит полечить ему "нервы" в плане раздражительности и бессонницы. На вопрос, какие у них взаимоотношения с женой, отвечает, что жена давно неверна ему. Обзывает её нецензурными словами. Для доказательства её измены приводит факты многолетней давности: "ещё тогда она неспроста улыбалась ему, а я, дурак, не понимал, что это значит". "Всё равно не дам им жить обоим".

Вопросы:

1. Какие психопатологические синдромы выявляются у пациента?

2. Квалифицируйте психическое состояние (синдромальный диагноз)
3. Сформулируйте нозологический диагноз и обоснуйте его.
4. Ваша врачебная тактика по отношению к пациенту.

Ситуационная задача 4

Пациент Ф., 35 лет, инженер, поступил в клинику с жалобами на плохое самочувствие, слабость, потливость, головные боли, тремор рук, повышенную возбудимость.

Из анамнеза: с 25 лет стая выпивать "в получку", по 150 г водки, иногда пил вино или пиво. Через 2 года стал пить один-два раза в неделю, при этом в день выпивал до 300-500 г водки. С 29 лет стал "опохмеляться". По утрам чувствовал слабость, головную боль, дрожали руки, думал не о работе, а о том, как бы выпить, сначала похмелялся после работы, потом стал пить по утрам. Пил по 2-3 дня, пропускал работу, после чего в течение 3-х дней воздерживался от алкоголя. Доза спиртного возросла до 750 г водки в день. Около 3-х лет тому назад появились амнестические формы опьянения. Трижды бывал в вытрезвителе, полиция подбирала его на улице, где он вступал в различные конфликты. Если раньше опьянение давало эйфорию, то теперь – озлобление и агрессивность.

Последний год стал получать взыскания по работе, понижен в должности из-за прогулов.

Сомато-неврологическое состояние: кожные покровы повышенной влажности, бледные. Отмечается генерализованный тремор (век, языка, рук, тела).

Психическое состояние: охотно вступает в беседу. Раздражителен, несдержан. Соглашается, что нужно лечиться, но не от алкоголизма, а "от нервов", от повышенной возбудимости.

Вопросы:

1. Какие симптомы и синдромы Вы наблюдаете у данного пациента?
2. Какая стадия хронического алкоголизма (аргументируйте диагноз)?
3. Определите форму патологического развития личности.

Ситуационная задача 5.

Пациент Г., 33 лет. Три ночи не мог уснуть; было тягостное самочувствие. Внезапно почувствовал боли в сердце, сердцебиение, слабость. Вызвал неотложную помощь. Врач неотложной помощи обратил внимание, что пациент тревожен, беспокоен, испытывает страхи, к чему-то присматривается. При расспросе удалось установить, что у него стали возникать зрительные обманы: за окном, в парке увидел «хоровод», водосточная труба приняла образ огромного человека. Казалось, что по крыше дома бегают люди, что огромные мужчины зелёного цвета занимаются акробатикой.

Из анамнеза известно, что мать злоупотребляла алкоголем. Сам пациент в первый раз выпил в 13 лет. В последнее время выпивает по 800-900 г водки, пьёт запоями, продолжительностью 5-8 дней. Последний запой длился 8 дней. За два дня до поступления в клинику пить уже не мог, так как "рвало от водки".

Вопросы:

1. Как квалифицировать настоящее психическое состояние пациента (определить синдромологический диагноз)?
2. О каком заболевании (нозологический диагноз) идёт речь в данном случае?
3. Какую дополнительную информацию необходимо получить для уточнения диагноза?
4. В какой неотложной помощи нуждается пациент?

Ситуационная задача 6.

У пациента М., 36 лет, на другой день после обрыва продолжительного запоя в течение 2-х недель возникла тревога, подавленность. Вечером не мог уснуть, появился сильный страх. При закрытых глазах видел различных животных, чудовищ, слышал голос своего приятеля. Открывал глаза и видел, как в окно заглядывали различные страшные рожи, которые гримасничали и угрожали ему. Пытался спрятаться от них под кровать, за шкаф. Однако рожи продолжали его преследовать. Пациент дезориентирован в окружающей обстановке, но правильно ориентирован в собственной личности.

Вопросы:

1. Какая симптоматика имеет место у данного пациента?
2. Сформулируйте синдромологический диагноз.
3. Обоснуйте Ваше заключение.
4. Какова тактика оказания помощи пациенту с учётом специфики организации психиатрической помощи?

Ситуационная задача 7.

Пациент Е., 48 лет, на протяжении многих лет систематически употреблял алкогольные напитки. Неоднократно лечился по поводу алкоголизма. Последнее время пил запоями, пьянел от небольших доз алкоголя. После прекращения запоя у пациента возникли тревога и страх, боялся выйти на улицу. Казалось, что кто-то за ним следит. Пытался скрыться от преследования, уехав за город, но и там не чувствовал себя в безопасности. Для успокоения выпивал до 250 г водки, но это помогало ненадолго.

Во время осмотра испытывает страх, слышит голоса угрожающего содержания: "Смерть ему, смерть!". Преследователи жестами показывали, что задушат пациента. Видел, как в отделение входили подозрительные люди, которые при виде медперсонала тут же уходили. Утверждал, что в отделении собралась большая группа врагов, чтобы убить его. Настойчиво доказывал врачу, что его жизнь в опасности. Требовал немедленной выписки из клиники, чтобы покинуть город.

Вопросы:

1. Какие психопатологические расстройства Вы наблюдаете у пациента?
2. Определите основной психопатологический синдром (оценка состояния).
3. Сформулируйте нозологический диагноз.
4. Какова Ваша тактика оказания помощи данному пациенту?

Ситуационная задача 8.

Пациент Ж., 29 лет. 4 апреля днём выпил около литра пива. Примерно в 20 часов он вместе с соседкой распивал спиртные напитки. Через час после этого во дворе был обнаружен труп соседки. Сосед был разбужен криком: "Спасите, меня душит сатана! Выскочив на улицу, сосед увидел Ж., который стоял без движения. Не было понятно, пьян он или нет, он стоял вытянувшись, потом стал беспокойным, не подпускал к лежащему на земле телу. Затем вбежал в дом, закрыл дверь, никого не впускал, кричал, что во дворе находится «Сатана». На вопросы жены не отвечал. Она побежала звонить в полицию, а когда вернулась, он уже спал. При обследовании; утверждает, что никаких неприязненных чувств к соседке не испытывал. Подтверждает, что распил с ней бутылку пива, затем бутылку вина. Когда был разбужен полицией, смутно помнил, что кто-то напал на него, хватал за брюки. Отталкивал от себя страшное, волосатое существо, которое воспринималось как «Сатана». В отделении ведёт себя упорядоченно. Общителен, подвижен. Фон настроения соответствует ситуации. Мышление логичное, последовательное. Память и внимание в достаточном объёме. Эмоционально сохранен. Критичен к своему состоянию и создавшейся ситуации.

Вопросы:

1. Сформулируйте нозологический диагноз и обоснуйте его.
2. Дайте и обоснуйте Ваше экспертное заключение.

Ситуационная задача 9.

У пациента 3,52 лет, с многолетним злоупотреблением алкоголем в психическом состоянии выявляется нарушение запоминания. Пациент не в состоянии запомнить текущие события. Воспоминания событий прошлого и осмысление прошлого опыта существенно не страдает. Пациент не знает, где он, сколько времени находился в клинике, обедал ли он и что именно. Пробелы памяти заполняет ложными вымыслами или событиями из прошлой жизни. Критика к своему состоянию снижена, сознание болезни неполное. Настроение благодушное.

Вопросы:

1. Как определить психическое состояние у пациента?
2. Сформулируйте нозологический диагноз.
3. Ваша тактика оказания помощи пациенту?

Ситуационная задача 10.

Пациент Н., 39 лет, на 3-й день после прекращения запоя услышал шум приближающейся машины. Шум нарастал, через несколько минут стал оглушительным. Сначала это вызвало у него удивление, посмотрел в окно, но никакой машины не было. Возник страх и предчувствие надвигающейся беды. Через несколько минут услышал мужской голос, который сказал: "Это он, пора его кончать". Другой голос сказал: "Убьем... зарежем... чтобы быстрее сжечь, обольём бензином". Говоривших людей при этом не видел, но чувствовал, что спину уже поливают бензином и вот-вот вспыхнет спичка. Голоса продолжали обсуждать, с какой стороны его лучше поджечь. Пытался в страхе бежать; полицией доставлен в приемное отделение.

Во время осмотра в ясном сознании, тревожен, молчалив, напряжённо к чему-то прислушивается. Врачу сказал, что "они" комментируют все его действия. Вот, например, только что я захотел встать, как они уже говорят: "Вот он сейчас встанет, посмотрим, куда он пойдёт, там и убьём".

Известно, что пациент употребляет спиртные напитки около 20 лет, Последние годы пьёт запоями, употребляет суррогаты. Снизилась толерантность к алкоголю, пьянеет от малых доз алкоголя, стал прибегать к крепленным винам. Последний запой продолжительностью 7 дней.

Вопросы:

1. Какие психопатологические симптомы Вы наблюдаете у пациента?
2. Квалифицируйте основной синдром в психическом состоянии.
3. Сформулируйте нозологический диагноз.
4. Дифференциальный диагноз с алкогольным делирием, острым шизофреноподобным расстройством.
5. В какой помощи нуждается пациент? Ваша врачебная тактика.

Ситуационная задача 11.

Пациент К., 37 лет, доставлен в приемное отделение психиатрической больницы сотрудниками полиции. Повод для госпитализации — агрессивное поведение на дому: пациент разбил мебель, угрожал физической расправой своей матери и соседям, выкрикивал бессвязные фразы. При осмотре: возбужден, напряжен, взгляд бегающий, на лице испарина. На вопросы

отвечает с задержкой, иногда не по существу, периодически срывается на крик: «Оставьте меня в покое!», «Меня хотят убить!». Высказывает отрывочные идеи преследования — утверждает, что за ним следят «спецслужбы», что в квартире установлены «жучки». Отрицает употребление алкоголя и наркотических средств, однако от пациента исходит резкий запах алкоголя, при осмотре зрачки расширены, реакция на свет вялая, незначительный тремор рук.

Мать пациента сообщает, что последнюю неделю он практически не спал, стал подозрительным, замкнутым, несколько раз говорил, что «кругом враги». Сегодня утром пациент выпил около 0,5 л водки и «какие-то таблетки», после чего его поведение стало неадекватным. Из анамнеза известно, что пациент в течение 5 лет эпизодически употребляет алкоголь с запойными периодами, около года назад проходил курс лечения в наркологическом диспансере с диагнозом «синдром зависимости от алкоголя». Наследственность психическими заболеваниями неотягощена.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте его.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимы для уточнения диагноза и дифференциальной диагностики?
3. Определите тактику ведения пациента на этапе приемного отделения.
4. Каковы правовые основания для госпитализации пациента в психиатрический стационар без его согласия?

Ситуационная задача 12.

Пациентка Л., 28 лет, доставлена бригадой скорой медицинской помощи в наркологический стационар. Повод для вызова — жалобы соседей на громкий плач и крики из квартиры. При осмотре: пациентка возбуждена, тревожна, плачет, постоянно потирает руки, жалуется на сильную ломоту в мышцах, спине и суставах, озноб, обильное потоотделение. Периодически возникают позывы на рвоту. Сообщает, что «не может больше терпеть», «всё надоело», высказывает пассивные суицидальные мысли («лучше бы я умерла», «не вижу смысла жить дальше»). На вопросы отвечает адекватно, но с большим трудом удерживает внимание, постоянно отвлекается на внутренние ощущения.

Из анамнеза: пациентка в течение 6 лет употребляет героин внутривенно, ежедневно, в нарастающих дозах. Последний раз употребила около 12 часов назад. Дважды проходила курсы детоксикации в анонимных центрах, но после выписки «срывалась» через 2–3 недели. Муж пациентки сообщил, что в последние полгода она учащала дозы, перестала работать, продала часть вещей из дома. Утверждает, что не хочет лечиться. Соматически: при осмотре лицо гиперемировано, зрачки расширены, реакция на свет сохранена, пульс 110 уд/мин, АД 150/95 мм рт. ст., ЧДД 20 в минуту, температура 37,6 °С. Кожа влажная, следы инъекций на локтевых сгибах (свежие и старые). Алкогольный анамнез отрицает. Наследственность неотягощена.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимы для оценки степени тяжести состояния и исключения осложнений?
3. Определите тактику ведения пациентки на этапе стационара. Какие мероприятия по купированию абстинентного синдрома и профилактике осложнений необходимо провести?
4. Каковы правовые основания для госпитализации и удержания пациентки в стационаре, если она отказывается от лечения?

Ситуационная задача 13.

Пациентка Н., 45 лет, доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приёмное отделение многопрофильной больницы с подозрением на отравление. Повод для вызова — соседи слышали громкий плач и крики из квартиры, вызвали полицию. При входе в квартиру обнаружена пациентка в состоянии оглушения, на столе — пустые упаковки из-под снотворного (фенобарбитал) и бутылка из-под водки, наполовину пустая. Со слов соседей, в последнее время женщина часто выпивала, выглядела подавленной, не выходила на улицу.

При осмотре в приёмном покое: пациентка заторможена, с трудом открывает глаза, на вопросы отвечает невнятно, монотонно, жалуется на головокружение, тошноту. Через 2 часа состояние изменилось — появилось резкое двигательное возбуждение: она вскочила с кушетки, стала метаться по палате, кричать, что её «хотят убить», «замуровать в подвале», слышит «голоса», которые угрожают ей. Высказывает суицидальные мысли: «Оставьте меня, дайте мне умереть, мне всё равно, я никому не нужна». При этом кожа бледная, влажная, зрачки сужены (миоз), реакция на свет вялая, пульс 50 уд/мин, АД 90/60 мм рт. ст., температура 36,2 °С. Дыхание поверхностное, 14 в минуту. Следов инъекций нет. Алкогольный запах изо рта подтверждается.

Из медицинской документации (по запросу): пациентка в течение 5 лет наблюдается у психиатра с диагнозом «рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод средней тяжести». В последние полгода отмечала ухудшение настроения, апатию, бессонницу. На фоне депрессии усилилось влечение к алкоголю, по вечерам выпивала до 0,5 л водки. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы обследования необходимы для подтверждения диагноза, оценки тяжести отравления и исключения осложнений?
3. Определите тактику ведения пациентки на этапе стационара.
4. В связи с суицидальными высказываниями и психомоторным возбуждением решается вопрос о госпитализации. Каковы правовые основания для помещения пациентки в психиатрическое отделение без её согласия?

Ситуационная задача 14.

Пациент М., 19 лет, студент первого курса, доставлен в психиатрическую клинику родителями. Повод для обращения: в последний месяц у юноши резко изменилось поведение — он стал тревожным, подозрительным, постоянно прислушивается к чему-то, иногда отвечает на несуществующие голоса. Родители отметили, что он перестал посещать занятия, целыми днями сидит в своей комнате с закрытыми дверями, почти не ест, жалуется на бессонницу.

При осмотре: пациент выглядит истощенным, взгляд настороженный, испуганный. На вопросы отвечает с задержкой, односложно, периодически замолкает и поворачивает голову в сторону, как будто прислушиваясь. С трудом удалось выяснить, что он слышит «голоса», которые комментируют его действия, обсуждают его, иногда приказывают ему что-то сделать. Убеждён, что за ним следят, что в его телефон установлена прослушка, а одноклассники — «агенты спецслужб», которые хотят его «убрать». Эмоционально уплощён, на лице застывшая маска, безразличен к происходящему.

Из анамнеза: пациент рос замкнутым, малообщительным ребёнком. В старших классах стал избегать сверстников, предпочитал одиночество. Окончил школу с золотой медалью, поступил в престижный вуз. Однако через два месяца после начала учёбы, по словам родителей, начал замыкаться в себе, перестал выходить из комнаты. Со слов матери: «стал каким-то странным, всё время говорит о какой-то слежке». Вредные привычки: по словам родителей, алкоголь и наркотики

не употребляет. Однако сам пациент на прямой вопрос о наркотиках реагирует резко негативно, отказывается отвечать. При осмотре: зрачки расширены, реакция на свет вялая, пульс 88 уд/мин, АД 125/80 мм рт. ст. На коже предплечий — единичные следы инъекций. Родители утверждают, что следы появились около полугода назад, но связывали их с «подростковыми экспериментами». Наследственность: мать страдает шизофренией, находится на инвалидности.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Какие клинические синдромы и симптомы лежат в его основе?
2. Каковы возможные этиологические факторы развития данного состояния? Что могло стать триггером для его манифестации?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы для верификации диагноза и исключения других причин психотической симптоматики?
4. Определите тактику ведения пациента. Какие мероприятия по купированию острого психотического состояния необходимо провести и какова дальнейшая стратегия лечения?

Ситуационная задача 15.

Пациент Ф., 32 лет, доставлен в наркологический стационар бригадой скорой помощи по вызову сотрудников полиции. Повод для вызова — дезориентированное поведение на улице: мужчина громко выкрикивал бессвязные фразы о «лучах, проникающих в голову», «инопланетном слежении», пытался залезть на проезжающий автомобиль, утверждая, что ему «приказано спасти Землю». При попытке медицинских работников осмотреть его оказал активное сопротивление, угрожал физической расправой.

В приёмном покое: пациент возбуждён, тревожен, взгляд испуганный, периодически оглядывается по сторонам, реагирует на несуществующие стимулы (вздрагивает, отмахивается). На вопросы отвечает непоследовательно, перескакивает с одной темы на другую. Сообщает, что «уже три дня не спит», принимал некие «энергетические добавки» для бодрости, но отказывается уточнять их состав. При объективном осмотре: зрачки расширены (мидриаз), реакция на свет ослаблена, тахикардия (пульс 115 уд/мин), артериальное давление 160/100 мм рт. ст., температура 37,2 °С, кожа сухая, горячая, отмечаются гипергидроз на ладонях и выраженный тремор пальцев рук. На коже предплечий множественные свежие и старые следы от инъекций.

Из анамнеза (по данным родственников, которые удалось опросить по телефону): пациент в течение последних 6 месяцев регулярно употребляет психостимуляторы (синтетические катиноны, «соли»), внутривенно, практически ежедневно, с нарастанием доз. Работал водителем, но уволился 3 месяца назад из-за нарушений режима труда. Последние две недели стал крайне подозрительным, замкнутым, перестал выходить из дома, заявлял, что «за ним охотятся спецслужбы». Алкоголь, по их словам, не употребляет. Наследственность по психическим заболеваниям отрицает.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для подтверждения диагноза, дифференциальной диагностики и оценки тяжести соматического состояния?
3. Определите тактику ведения пациента.
4. На основании каких правовых норм пациент может быть госпитализирован и удержан в стационаре без его согласия? (с учётом его агрессивного поведения и отказов от помощи).

Ситуационная задача 16.

Пациент Р., 56 лет, доставлен бригадой скорой помощи в приёмное отделение психиатрической больницы из многопрофильного стационара, куда он поступил двумя днями ранее с жалобами на боли в правом подреберье и тошноту. При обследовании в терапевтическом отделении выявлены признаки алкогольного гепатита. На вторые сутки госпитализации у пациента резко изменилось сознание: он стал дезориентированным в месте и времени, не узнавал палату, пытался куда-то бежать, кричал, что в окно лезут «чёрные люди» и «змеи». В связи с развитием психотического состояния переведён в психиатрию.

При осмотре в приёмном покое: пациент возбуждён, тревожен, отмечается выраженное дрожание рук, головы, всего тела. Кожа влажная, лицо гиперемировано, температура тела 38,1 °С, пульс 112 уд/мин, АД 165/95 мм рт. ст., ЧДД 22 в минуту. Зрачки расширены, реакция на свет живая. На вопросы отвечает с трудом, постоянно отвлекается, говорит, что видит «насекомых» на стенах и полу, пытается их стряхнуть. Высказывает страхи, что его хотят отравить. Сознание затемнено по типу оглушения с флуктуациями (периоды просветления сменяются углублением спутанности). На коже следов инъекций нет, имеются телеангиэктазии на лице, увеличенная печень пальпируется на 3 см ниже рёберной дуги.

Из анамнеза (со слов жены, которую удалось опросить): пациент употребляет алкоголь около 20 лет, в последние 5 лет — ежедневно, преимущественно водку, до 1 литра в день. Последний запой длился около 12 дней, затем резко прекратил пить из-за болей в животе. Алкоголь не употребляет 2 суток. Дважды лечился от алкоголизма, но после выписки срывался. Наследственность неотягощена. Вредные привычки — только алкоголь, наркотики отрицает.

Вопросы:

1. Сформулируйте развёрнутый клинический диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для уточнения степени тяжести состояния, дифференциальной диагностики и оценки риска осложнений?
3. Составьте план неотложной терапии. Какие лекарственные препараты и мероприятия показаны для купирования острого состояния, коррекции электролитных нарушений и профилактики тяжёлых осложнений?
4. В каких случаях госпитализация пациента в психиатрический стационар без его согласия является правомерной? Опишите юридические основания и порядок действий врача при отказе пациента от госпитализации.

Ситуационная задача 17.

Пациент П., 28 лет, поступил в клинику с жалобами на неодолимую тягу к алкоголю.

Из анамнеза известно, что алкоголь начал употреблять в возрасте 23 лет под влиянием "друзков". Сначала пил понемногу (150-200 гр. водки), быстро пьянел и ничего, кроме отвращения к алкоголю не испытывал, нередко при передозировке алкоголя отмечал рвоту. Постепенно стал увеличивать принимаемые дозы алкоголя (до 0,5 л). Наутро после выпивки плохо себя чувствовал, жаловался на слабость, разбитость. При этом с омерзением вспоминал о спиртном и несколько дней не пил. С 26 лет стал замечать, что стоит немного выпить водки, как "просыпается сильное желание выпить ещё и ещё". Это желание с каждой последующей рюмкой усиливалось.

Иногда утром не всё помнил, что с ним было в состоянии опьянения накануне и как очутился дома.

Пациент не опохмеляется, пьёт после работы. Чем ближе к концу дня, тем назойливее и неотступнее становится мысль об алкоголе. Начинает "соображать", где достать водку. Перед поступлением в клинику пил в течение месяца почти ежедневно. Поступил на лечение по инициативе родственников.

Психическое состояние: в контакт вступает легко. Многословен, несколько развязен в поведении. Алкоголиком себя не считает.

Вопросы:

1. Какие симптомы алкоголизма отмечаются у данного пациента?
2. Как следует квалифицировать психическое состояние пациента?
3. Аргументируйте нозологический диагноз.
4. Как отдифференцировать начальную стадию хронического алкоголизма от привычного пьянства?

Ситуационная задача 18.

Пациент О., 52 лет, страдает хроническим алкоголизмом в течение 20 лет. Выражены явления алкогольной абстиненции. В прошлом злоупотреблял спиртными напитками, в последнее время – только винами. В течение 3-х месяцев, до поступления в стационар, развились явления адинамии, периодически диспептические расстройства, отмечается похудание, неотчётливая речь, нарушение походки. В стационар поступил в состоянии тяжёлого делирия, который сопровождался оглушением, клиникой аменции. Тяжёлое состояние продолжалось в течение 7 дней. Наблюдались гиперкинезы, общий тремор, миоклонические движения, гипертония мышц нижних конечностей и гипотония мышц верхних конечностей, оральные автоматизмы, неподвижный взгляд и миоз, пирамидные знаки, явления полиневрита, потливость, температура в течение 4-х дней 40-41°. Состояние завершилось выходом в преходящий Корсаковский синдром.

Вопросы:

1. Квалифицируйте психическое состояние (синдромальный диагноз).
2. Сформулируйте нозологический диагноз и обоснуйте его.
3. Ваша врачебная тактика по отношению к пациенту.

Ситуационная задача 19.

Больной И., 49 лет, рабочий мясокомбината. Пришёл в наркологический диспансер вместе со своей первой женой, и оба жалуются на новую жену больного, которая «пять лет назад, напив его вином, уговорила расписаться с ней». После ЗАГСа она сразу же уехала жить к любовнику. "Они с ней никогда и не жили, как муж с женой, ей, иногородней, нужна была только его московская прописка". Теперь же она приехала по месту прописки с целью завладеть квартирой. Сам И., и его бывшая жена (они теперь снова сошлись) уверяют, что пьянства не было и в помине, что он так старательно работает на мясокомбинате, что домой приходит сильно уставший и сразу валится спать, "даже ничего не читает". Алкогольных изменений личности И. действительно, не обнаруживает. С трудом подбирая слова, рассказывает, как вторая жена (учительница) "завлекла" его в ЗАГС, обещая, что он "будет у неё грамотным и учёным" (пациент закончил только три класса).

Вопросы:

1. Квалифицируйте психическое состояние.
2. Ваша врачебная тактика по отношению к пациенту.
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для уточнения степени тяжести состояния, дифференциальной диагностики?

Ситуационная задача 20.

Пациент А., 43 года, страдает хроническим алкоголизмом 9 лет. По дороге в Крым в поезде увидел, как соседи по купе вытащили нож для разделки пищи. Стал опасаться этих людей. Вышел

из купе, но его пригласили за стол, где он выпил стакан водки и стакан вина. Ночью проснулся оттого, что слышал голос в такт перестука колёс: "А мы тебя сейчас убьём". Покрылся потом от страха. Вышел во время остановки. Боялся зайти в купе. Простоял в коридоре вагона до конечной станции. На вокзале "все как-то суеутились". Решил заявить полиции, что за ним следит "воровская компания", которая ехала с ним в вагоне. С пациентом провели беседу и отпустили. Приехал в обсерваторию на научный симпозиум, выступил с докладом успешно. Вечером, во время застолья, заметил, как хозяйка поставила на стол рыбу, "многозначительно подмигнув" при этом. Появились опасения, что его хотят отравить рыбой. В течение вечера пил, не закусывая. Ночью заснуть не мог. Слышал непонятные шорохи, глядя в окно, видел, как «по телескопам ползали непонятные существа». Страх нарастал, решил уйти в город пешком. Утром доставлен в нижнем белье в психиатрическую больницу. Возбуждён, многоречив, в глазах страх, оказывает сопротивление стационарированию, требует доставить его в полицию, говорит, что "выведет всех на чистую воду". Выражен тремор рук, языка.

Вопросы:

1. Квалифицируйте психическое состояние (синдромальный диагноз).
2. Сформулируйте нозологический диагноз и обоснуйте его.
3. Баша врачебная тактика по отношению к больному.

Ситуационная задача 21.

Пациент Ф., 50 лет, слесарь. Злоупотребляет алкоголем около 20 лет. Четыре раза лечился по поводу «белой горячки». В течение последней недели пил много. Стал слышать "голоса соседа сверху и соседа снизу", которые наблюдали за пациентом, комментировали все его мысли и действия, грозили убийством, сговаривались о том, как это сделать. Обратился за помощью в полицию, откуда был доставлен в больницу.

Ориентирован, тревожен, не критичен, испытывает страх, жалуется на злоумышленников, которые угрожают ему неминуемой смертью. Считает, что в больницу попал не по болезни, а по какой-то другой причине.

На следующий день состояние пациента улучшилось, психотическая симптоматика исчезла, восстановилась критика.

Вопросы:

1. Квалифицируйте психическое состояние (синдромальный диагноз).
2. Сформулируйте нозологический диагноз и обоснуйте его.
3. Ваша врачебная тактика по отношению к пациенту.

Ситуационная задача 22.

Пациент Д., 37 лет, страдает на протяжении 15 лет хроническим алкоголизмом с выраженными симптомами физической и психической зависимости. После очередного запоя на 3-й день появилась тревога, бессонница, массивные зрительные галлюцинации устрашающего характера. Затем это состояние перешло в глубокое помрачение сознания, стереотипное двигательное возбуждение в пределах постели, тихую, бессвязную, напоминающую бормотание речь. Лечение не приводило к редукции симптомов. У пациента выражена аритмия, одышка, температура 37-40°, имеются симптомы полиневрита, общий тремор, миоз, блуждающий взгляд. Выход спустя 7 дней, через астению с расстройством запоминания, которое со временем исчезло.

Вопросы:

1. Квалифицируйте психическое состояние (синдромальный диагноз).

2. Сформулируйте нозологический диагноз и обоснуйте его.
3. Ваша врачебная тактика по отношению к пациенту.

Ситуационная задача 23.

Пациент Р., 55 лет, художник-копиист. Алкоголиком себя не считает, поскольку у него лишь три вида выпивок: 1) "понемногу с гостями", 2) "для поднятия творческих сил", 3) "после долгого воздержания дня разрядки душевного напряжения" – обычно это недельный запой, в котором он постоянно "трясётся с похмелья". Иначе жить он не может, всё это необходимо для его творчества. Его явно смущает то, что направлен в наркологический диспансер полицией, что приходится все чаще пить "всякие одеколоны, химию" ("правда, это - распад торговли, но не личности"). Не оживляется в разговоре о подробностях выпивки. Обнаруживает холодность в отношении к покойному отцу, которого "похоронил с чувством громадного облегчения". Не может толком объяснить, за что ненавидит отца. Гипомимичен, голос маломодулирован.

Вопросы:

1. Квалифицируйте психическое состояние (синдромальный диагноз).
2. Сформулируйте нозологический диагноз и обоснуйте его.
3. Ваша врачебная тактика по отношению к пациенту.

Ситуационная задача 24.

Пациент Д., 44 лет, маляр. Поступил в больницу в похмельном состоянии, с обилием зрительных галлюцинаций (зоопсии), аффектом страха, дезориентировкой в месте и времени. Вскоре появились и слуховые галлюцинации, которые через 2 недели стали преобладающими. Зрительные галлюцинации возникали изредка, лишь при закрытых глазах. Голоса пугали, угрожали, ругали, давали советы, обвиняли, спорили между собой. С окончанием ярких зрительных галлюцинаций и прояснением сознания появилась критика к болезни. Страх исчез в течение первых двух месяцев. Пациент «привык» к слуховым галлюцинациям, перестал их бояться, понял, что это проявление заболевания. Слуховые галлюцинации продолжали занимать основное место в клинике болезни и после выписки (катамнез – 3 года). Работает, заболевание не прогрессирует.

Вопросы:

1. Квалифицируйте психическое состояние (синдромальный диагноз).
2. Сформулируйте нозологический диагноз и обоснуйте его.
3. Ваша врачебная тактика по отношению к пациенту.

Ситуационная задача 25.

Пациент С, 53 лет. Злоупотребляет алкоголем около 30 лет, последние 10 лет пьёт практически ежедневно. Последние полгода стал быстро уставать, появилась раздражительность. Резко расстроилась память, не знал числа, месяца, дня; Не знал, когда ему выходить на работу, не помнил, обедал ли он, не мог узнать свой дом. Появилась головная боль, боль в ногах, нарастала слабость. Неврологически: отсутствие коленных и ахилловых рефлексов, нерезко выраженные тонические рефлексы и некоторая болезненность при давлении на мышцы голени, слабость в ногах, похудание икроножных мышц. Психически: дезориентирован в месте и времени. Вял, пассивен, безинициативен. При упоминании о водке лицо озаряется улыбкой. Моторика замедленная. Не знает, что он ел в обед и вообще обедал ли. Много раз в день здоровается с врачом, заявляя, что видит его в первый раз. Не помнит, в каком году началась и окончилась Великая Отечественная война. Отдалённое прошлое помнит неплохо. Пробелы в воспоминаниях заполняет конфабуляциями.

Вопросы:

1. Квалифицируйте психическое состояние (синдромальный диагноз).
2. Сформулируйте нозологический диагноз и обоснуйте его.
3. Ваша врачебная тактика по отношению к пациенту.

Ситуационная задача 26.

Пациент Т., 39 лет, доставлен в наркологический стационар по направлению врача-психиатра из поликлиники. Направление выдано в связи с жалобами пациента на бессонницу, тревогу, раздражительность и непреодолимое влечение к алкоголю.

Из анамнеза: пациент употребляет алкоголь около 15 лет. В последние 3–4 года пьет систематически, предпочтительно крепкие спиртные напитки (водка, коньяк) в дозах до 0,7–1,0 л в сутки. Запой длится 5–7 дней с короткими (2–3 дня) светлыми промежутками. Утром после сна отмечается абстинентный синдром: тремор рук, потливость, сердцебиение, головная боль, тошнота. По утрам «опохмеляется» 50–100 мл водки, после чего состояние улучшается. При попытках самостоятельно прекратить употребление алкоголя или снизить дозу состояние резко ухудшается: нарастают тревога, страх, бессонница, возникают подергивания мышц, возможны судорожные припадки. Контроль над количеством выпитого утрачен: начав употребление, не может остановиться до развития выраженного опьянения. Настроение в периоды трезвости снижено, преобладают апатия, чувство вины, мысли о безысходности. Употребляет алкоголь, несмотря на очевидные отрицательные последствия: трижды лечился от алкогольного панкреатита, разведен, потерял работу.

При осмотре: пациент несколько заторможен, тревожен. Кожные покровы влажные, гиперемия лица, выраженный тремор пальцев рук, век. Язык обложен белым налетом. Пульс 96 уд/мин, АД 140/90 мм рт. ст., печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, пальпация безболезненна. Отмечаются мелкие сосудистые звездочки на коже лица и груди. Со стороны психической сферы: несколько сужен круг интересов, эмоционально лабилен, при рассказе о семье и работе – слезливость, высказывает витальную тоску. Критика к своему состоянию формальная — признает вред алкоголя, но полагает, что сам сможет справиться.

Вопросы:

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз согласно МКБ-10.
2. Составьте план этапного лечения.
3. В чем заключаются цели и основные направления медицинской реабилитации на стационарном и амбулаторном этапах?

Ситуационная задача 27.

Пациент М., 32 лет, проходит стационарное лечение в наркологическом отделении после завершения детоксикации. Диагностирована опиоидная зависимость (героин) в течение 8 лет, внутривенный путь употребления. На момент поступления был купирован абстинентный синдром. В настоящее время пациент соматически стабилен, но сохраняются эпизоды влечения к наркотику, сниженное настроение, апатия, трудности с концентрацией внимания. Мотивация к лечению нестойкая: согласился на реабилитацию под давлением родственников, высказывает сомнения в возможности длительной ремиссии. Ранее дважды проходил детоксикацию, но срывался в течение 1–2 месяцев после выписки. Социальный статус: не работает, разведен, живет с матерью.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.

2. Какие этапы лечения уже пройдены пациентом, и какие основные задачи стоят перед ним на текущем этапе стационарной реабилитации?
3. Каковы основные направления медицинской реабилитации на стационарном и амбулаторном этапах для предотвращения рецидива?

Ситуационная задача 28.

Пациент Ч., 44 года, поступил в наркологический стационар по направлению врача общей практики. Жалобы при поступлении: на сильную тягу к алкоголю, тревогу, бессонницу, дрожь в руках, сердцебиение, тошноту, общую слабость.

Из анамнеза: употребляет алкоголь в течение 20 лет. В последние 3 года сформировался запойный тип пьянства — запои продолжительностью 7–10 дней с интервалами 2–3 недели. В запое употребляет до 1,5 л водки в сутки. При попытке прекратить употребление возникает выраженный абстинентный синдром: тремор, потливость, тревога, тахикардия, подъем АД, тошнота, бессонница. Для облегчения состояния ежедневно «опохмеляется». Дважды лечился в наркологическом стационаре (последний раз — 1,5 года назад), но после выписки срывался в течение 1–2 месяцев. Социальный анамнез: разведен, проживает один, не работает около года, поддерживает эпизодические контакты с взрослым сыном.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы влажные, лицо гиперемировано. Выраженный тремор пальцев рук, языка, век. Пульс 110 уд/мин, АД 150/95 мм рт. ст., ЧДД 22 в мин. Печень выступает на 4 см из-под края реберной дуги, пальпация умеренно болезненна. Психический статус: тревожен, напряжен, постоянно вертит в руках предметы. Настроение снижено, высказывает чувство вины перед семьей. Критика к заболеванию частичная — признает факт зависимости, но склонен минимизировать ее тяжесть.

Вопросы:

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
2. Составьте поэтапный план лечения пациента в условиях стационара.
3. В чем заключаются задачи и основные направления противорецидивной терапии после выписки из стационара? Какие немедикаментозные методы реабилитации должны быть рекомендованы пациенту?

Ситуационная задача 29.

Пациент Л., 23 года, студент, обратился к психиатру-наркологу с жалобами на раздражительность, тревогу, бессонницу, снижение аппетита, чувство внутреннего напряжения и тоскливое настроение, возникшие после того, как он 3 дня назад прекратил ежедневное курение марихуаны.

Из анамнеза: употребляет каннабис (марихуану) в течение 3 лет, ежедневно, в виде курения до 5–6 «косяков» в день. Отмечает, что без наркотика ему «скучно», «всё раздражает». Пытался бросить несколько раз самостоятельно, но максимальный срок трезвости составлял 1–2 недели, затем возвращался к употреблению из-за нарастающей тревоги и тоски. За последние полгода снизилась успеваемость в вузе, пропали интересы к хобби, стал избегать общения с друзьями, предпочитал одиночество. Наследственность психическими заболеваниями неотягощена. Алкоголь употребляет редко, другие наркотики отрицает.

При осмотре: внешне несколько астеничен, мимика бедная, взгляд потупленный. Речь замедлена, отвечает после пауз. Настроение снижено, выражена тревога. Жалобы на чувство «пустоты в голове», забывчивость, трудности с концентрацией внимания. Высказывает критическое отношение к употреблению, но сомневается в способности удержаться от срыва. Соматически: АД

120/80, пульс 72, зрачки равномерные, реакция живая, тремор пальцев рук не выражен, масса тела нормальная. Токсикологический анализ мочи положительный на каннабиноиды.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Опишите характерные клинические проявления абстинентного синдрома при зависимости от каннабиноидов. Чем отличается данное состояние от абстиненции при опиоидной или алкогольной зависимости?
3. Какие дополнительные клинические признаки (симптомы) могут сохраняться у пациента в период ремиссии и требуют терапевтического внимания?

Ситуационная задача 30.

Психическое состояние пациента Л., 44 лет, определяется синдромом вербального галлюциноза с изменением личности по алкогольному типу.

Вопросы:

1. Как обосновать нозологический диагноз в данном случае?
2. Как отграничить алкогольный галлюциноз от алкогольного делирия, шизофрении?
3. Ваша врачебная тактика по отношению к пациенту.

Каждый билет состоит из двух теоретических вопросов и одной ситуационной задачи.

Полный перечень вопросов к первому этапу государственного экзамена приведен в Автоматизированной системе подготовки кадров высшей квалификации (далее – АС ПКВК).

В ходе проведения собеседования обучающемуся задаются дополнительные (уточняющие) вопросы. Перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов государственной экзаменационной комиссии о выявленном в ходе государственного экзамена уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося фиксируется в протоколе заседания государственной экзаменационной комиссии по приему государственного аттестационного испытания.

3. Описание критериев и шкал оценивания компетенций

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

Тестирование (1 этап)

Перевод результатов тестирования в четырехбалльную шкалу осуществляется по схеме:

Оценка «Отлично» – 90-100% правильных ответов;

Оценка «Хорошо» – 80-89% правильных ответов;

Оценка «Удовлетворительно» – 71-79% правильных ответов;

Оценка «Неудовлетворительно» – 70% и менее правильных ответов.

Результаты тестирования объявляются обучающемуся сразу по окончании тестирования.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение 1 этапа государственного экзамена.

Окончательное решение о допуске ко 2 этапу государственного экзамена обучающегося, получившего оценку «неудовлетворительно» на 1 этапе, в каждом отдельном случае принимается членами государственной экзаменационной комиссией.

Практические навыки и умения (2 этап)

Результаты 2 этапа оцениваются по двухбалльной шкале: «зачтено» / «не зачтено».

Оценка «зачтено» – выставляется ординатору, если он продемонстрировал знания программного материала: справился с выполнением заданий, демонстрирует освоенные навыки и умения.

Оценка «не зачтено» – выставляется ординатору, если он имеет пробелы в знаниях программного материала: допускает грубые, принципиальные ошибки в выполнении заданий, не способен продемонстрировать освоенные навыки и умения.

Обучающиеся, получившие оценку «не зачтено» к 3 этапу государственного экзамена не допускаются, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

Собеседование (3 этап)

Результаты 3 этапа оцениваются по четырёхбалльной шкале: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол.

Оценка «отлично» – выставляется ординатору, если он глубоко усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, умеет принять правильное решение и грамотно его обосновывать, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «хорошо» – выставляется ординатору, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «удовлетворительно» – выставляется ординатору, если он имеет поверхностные знания программного материала, не усвоил его деталей, допускает неточности, оперирует недостаточно правильными формулировками, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических задач, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи наводящих вопросов преподавателя, выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» – выставляется ординатору, который не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий, приводящую к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента.

4. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации

Таблица 5

№ п/п	Автор, наименование, место издания, издательство, год издания	Количество экземпляров, ссылка на электронный источник
1.	Наркология [Текст]: нац. руководство / Ассоц. мед. о-в по качеству; Т. В. Агibalова и др. ; под ред. Н. Н. Иванца и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 719 1 21 с.: ил. + CD. - (Национальные руководства)	2

2.	Наркология [Электронный ресурс]: [учеб. пособие для высш. проф. образования / Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 232 с Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970420683.html
3.	Наркология [Электронный ресурс]: национальное руководство / под ред. Н. Н. Иванца, М. А. Винниковой. — 3-е изд., перераб. и доп. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2024. — 848 с. — ISBN 978-5-9704-8363-3, DOI: 10.33029/9704-8363-3-NNG-2024-1-848. — Электронная версия доступна на сайте ЭБС "Консультант студента"	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970483633.html
4.	Наркология [Электронный ресурс]: рук. для врачей/ П. Д. Шабанов. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015.– 830 с. Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970431870.html
5.	Подростковая наркология [Электронный ресурс]/ А.В. Сахаров, Т.В. Клименко. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2026. — ISBN 978-5-9704-9894-1, DOI: 10.33029/9704-9894-1-PNL-2026-1-144. — Электронная версия доступна на сайте ЭБС "Консультант студента"	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970498941.html
6.	Психиатрия и наркология [Электронный ресурс]: учебник для стоматологов / Б. Д. Цыганков, С. А. Овсянников, И. А. Пастух, А. И. Тюнева. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2026. — 432 с. — ISBN 978-5-9704-9470-7, DOI: 10.33029/9704-9470-7-PSIN-2026-1-432. — Электронная версия доступна на сайте ЭБС "Консультант студента"	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970494707.html
7.	Психиатрия и наркология [Текст]: учеб. для студентов мед. вузов / И. И. Сергеев, Н. Д. Лакошина, О. Ф. Панкова.- М.: МЕДпресс-информ, 2009. - 750 с.	6
8.	Психические болезни с курсом наркологии: учебник [Электронный ресурс]/ Ю. Г. Тюльпин. - Москва: Гэотар-Медиа, 2024. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-8812-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента"	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970488126.html
9.	Электросудорожная терапия в психиатрии, наркологии и неврологии [Электронный ресурс]/ А. И. Нельсон. - 5-е изд. - Москва: Лаборатория знаний, 2025. - 371 с. Систем. требования: Adobe Reader XI; экран 10". - ISBN 978-5-93208-881-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента"	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785932088814.html
10.	Психиатрия и медицинская психология [Электронный ресурс]: учебник / Н. Н. Иванец, Ю. Г. Тюльпин, М. А. Кинкулькина [и др.]. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2025. — 896 с. — ISBN 978-5-9704-9343-4. — Электронная версия доступна на сайте ЭБС "Консультант студента"	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970493434.html
11.	Алкоголизм, наркомании, токсикомании [Текст]: учебное пособие для студентов медицинских вузов/ Л. М. Барденштейн, Н. П. Герасимов, Ю. Б.Можгинский, Н. И. Беглянкин. - Москва: ГЭОТАР - Медиа, 2007. - 63 с.	7
12.	Медицинская психология [Электронный ресурс]: учеб. пособие / Ю. Г. Фролова. –Минск: Высш. шк., 2016. – 384 с. Режим доступа: http://e.lanbook.com .	Удаленный доступ https://e.lanbook.com/book/92430
13.	Анатомия здорового и нездорового образа жизни [Электронный ресурс]/ И.В. Гайворонский. – Санкт-Петербург: СпецЛит, 2014. – 182 с.– (Наука и техника). Режим доступа: http://e.lanbook.com .	Удаленный доступ https://e.lanbook.com/book/60098
14.	Современные психотропные средства, используемые в психиатрии [Электронный ресурс]: учебно-методическое пособие	Удаленный доступ https://rsmu.informsystema.ru/

	/ РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. психиатрии и мед. психологии; [сост.: О. Ф. Панкова, А. В. Алексеев, А. В.Абрамов]. -- Москва: РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2020. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/loginuser?login=Читатель&password=010101	uploader/fileUpload?name=190695.pdf&show=dcatalogues/1/4532/190695.pdf&view=true
15.	Посттравматическое стрессовое расстройство [Электронный ресурс]: учебное пособие / Н. Н. Петрова, С. А. Игумнов, Э. П. Станько. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2025. — 160 с. — ISBN 978-5-9704-8929-1, DOI: 10.33029/9704-8929-1-PSS-2025-1-160. — Электронная версия доступна на сайте ЭБС "Консультант студента"	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970489291.html
16.	Химические и нехимические аддикции в психиатрической практике [Электронный ресурс]: учебное пособие / Н.Н. Петрова, С.А. Игумнов, Е.О. Кучер. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2026. — 168 с. — ISBN 978-5-9704-9727-2, DOI: 10.33029/9704-9727-2-HIN-2026-1-168. — Электронная версия доступна на сайте ЭБС "Консультант студента"	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970497272.html