

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова»

ПСИХИАТРИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Рабочая тетрадь для подготовки к экзамену

2-е издание, исправленное

Чебоксары
2020

УДК 616.89
П86

Составитель А.В. Голенков

П86 Психиатрия и медицинская психология: раб. тетрадь для подготовки к экзамену / сост. А.В. Голенков, 2-е изд. испр. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2020. 124 с.

ISBN 978-5-7677-3037-7

Содержит задания для подготовки студентов к курсовому экзамену по психиатрии и медицинской психологии; схемы и таблицы с основными понятиями психиатрии по всем экзаменационным вопросам. Составлена в соответствии с Государственным образовательным стандартом по специальности.

Для студентов IV-V курсов специальности «Лечебное дело».

Утверждено Учебно-методическим советом университета

ISBN 978-5-7677-3037-7

УДК 616.89
© Издательство Чувашского
университета, 2020
© Голенков А.В., исправление, 2020

Научить нельзя, научиться можно.

М.Я. Мудров

Упражнение дает больше, чем хорошее природное дарование.

Протагор из Абдер.

Деятельность – единственный путь к знанию.

Д.Б. Шоу.

Надо много учиться, чтобы знать хоть немного.

Ш..Л. Монтескье.

Важно не количество знаний, а качество их. Можно знать очень многое, не зная самого главного.

Л.Н. Толстой.

Навыками диагностики психических расстройств (ПР), грамотной их квалификации и описания, включая оказание неотложной психиатрической помощи, должен владеть врач любой профессии (прил. 1). Однако, по мнению большинства студентов, психиатрия – предмет интересный, но чрезвычайно сложный для изучения в пределах учебных часов, установленных Государственным образовательным стандартом высшего медицинского образования. Трудности обусловлены специфической и малознакомой терминологией, не сформированным в полной мере уровнем клинической подготовки студентов, большим объемом трудной для запоминания информации о ПР и др. В связи с этим у учащихся снижается мотивация и интерес к глубокому изучению вопросов психического здоровья и патологии. Без их знания невозможны своевременное выявление ПР и успешная врачебная деятельность.

Настоящая методическая разработка способна во многом решить или минимизировать описанные проблемы в подготовке и сдаче экзамена по психиатрии и наркологии. В ней представлена структура ответа по всем экзаменационным вопросам, включая классификации нарушений основных психических процессов, таблицы и схемы, материал, отсутствующий или недостаточно представленный в учебнике. При этом студенты должны самостоятельно собрать недостающую информацию по тому или иному вопросу в рекомендуемой литературе, проанализировать ее, заполнить в соответствующие страницы тетради, выполнить, если надо, предложенные задания. Особое внимание должно уделяться терминам и работе над ними (прил. 2, 3).

Настоятельно рекомендуем самостоятельно заполнять матрицу ПР в прил. 4. Работа над ней начинается при изучении вопросов по общей психопатологии (симптомы и синдромы ПР) с заполнения соответствующих граф матрицы по психическим сферам (см. вопрос 10). При переходе к освоению частной психиатрии (ПР и заболевания) матрица существенно дополняется и приобретает законченный вид: по горизонтали содержатся признаки ПР по всем психическим сферам, а по вертикали представлен полный перечень основных симптомов и синдромов по каждому ПР. Освоив матрицу, студент может достаточно свободно ориентироваться в клинических особенностях ПР. Убедительная просьба не игнорировать составление сопоставительных таблиц, так как они являются основой формирования клинического мышления врача – дифференциальной диагностики психической патологии. При этом матрица ПР, описанная выше, составляет основу пропедевтики ПР, диагностика которых основывается на прямом узнавании болезни (по ее симптомам и синдромам).

Приветствуется создание собственных схем и таблиц, аббревиатур (так называемых опорных сигналов для запоминания), формулирование вопросов и самостоятельный поиск ответов на них, консультации с преподавателями (после самостоятельной умственной работы и оформления ее результатов на бумаге), пустое место оставлено для них.

Скрупулезная работа над материалами тетради определенно будет способствовать успешной сдаче экзамена по психиатрии и наркологии, но что еще более важно – формированию навыков приобретения, сохранения и накопления врачебных знаний, успешной деятельности по выбранной специальности.

УСЛОВНЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ



- напишите определение;



 - дополните определение. Напишите критерии классификации;



 - напишите ответ на экзаменационный вопрос;



 - выпишите самое главное по вопросу и запомните;



 - запишите возникшие по теме вопросы и найди на них ответы;

Заполни! – заполните сопоставительную таблицу

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ И СХЕМА ОТВЕТА

1. Краткая история психологии.

[illegible][illegible][illegible]



2. Основные направления психологии.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines, typical of notebook paper. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.[illegible]This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.



3. Отрасли психологии.

[illegible][illegible][illegible][illegible]

4. Методы психологического исследования.

[illegible][illegible][illegible][illegible]

5. Психологические знания в работе врача.

[illegible][illegible][illegible][illegible]

6. Психические процессы, состояния и свойства.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.[illegible]This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.



7. Психологические характеристики сознания и психического бессознательного.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines, typical of notebook paper. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.[illegible]This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.



9. Психологические особенности возрастных периодов.



10. Особенности психологического развития.

[illegible][illegible]This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.[illegible]

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.[illegible][illegible]



12. Восприятие боли.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.[illegible][illegible]



13. Восприятие болезни.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.[illegible]This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines, typical of notebook paper. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.



14. Психические процессы мышления.

[illegible][illegible][illegible]



15. Воображение.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.[illegible][illegible]



16. Психологическая характеристика речи и формы врачебного разговора.



17. Психология общения.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.[illegible]This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. The top edge of the paper is slightly irregular, suggesting it might be a scan of a physical document. The overall appearance is that of a clean, unused piece of stationery or notebook paper.[illegible]

18. Классификация и основные процессы памяти.

[illegible][illegible][illegible][illegible]

19. Индивидуальные особенности памяти.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.[illegible][illegible][illegible]

20. Структура способностей.



Lined writing area for the top-left section.



Lined writing area for the bottom-left section.



Lined writing area for the top-right section.



Lined writing area for the middle-right section.



Lined writing area for the bottom-right section.

21. Больной и его образ «идеального врача».



22. Функции и свойства эмоций.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.[illegible][illegible]



23. Основные формы эмоциональных состояний.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.[illegible]This image shows a single page of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or printed text on the page.



This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.[illegible][illegible][illegible]

25. Психологическая структура личности.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.[illegible]This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.[illegible]

27. Психологическая характеристика типов темперамента.

[illegible][illegible][illegible][illegible]

28. Структура и черты характера.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.[illegible]This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.[illegible]

29. Преморбидные типы личности (классификация К.Леонгарда и А.Е. Личко).



30. Деонтология и личностная позиция врача.

[illegible][illegible]This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.[illegible]

31. Ятрогении.



33. Особенности лечебной атмосферы в педиатрической клинике.



34. Неизлечимые болезни. Психологические особенности больных.



35. Психологические эффекты лечебного процесса. Плацебо-терапия.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.[illegible]This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.[illegible]

36. Основные психотерапевтические подходы и направления.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.[illegible]This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.[illegible]

37. Семейная психология и семейная психотерапия.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.[illegible][illegible][illegible]

38. Психологическая помощь пожилым людям и старикам.



39. Психогигиена и психопрофилактика.



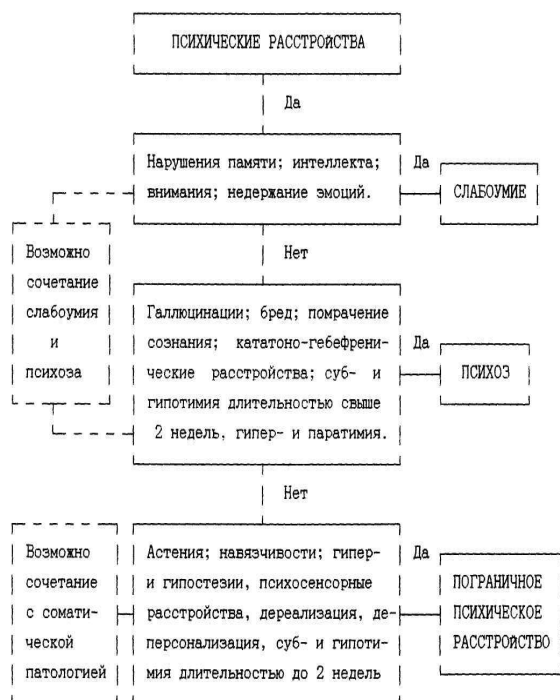
41. Психическое здоровье и его нарушения. Диагностический алгоритм ПР.



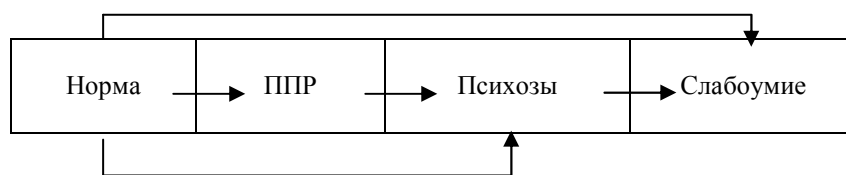
Психическое здоровье – _____

ПР – _____









Возможная динамика ПР

42. Психиатрия (определение, цели и задачи, предмет изучения). Актуальность психиатрии для врачей общей практики.



43. Расстройства восприятия: классификация, объективные признаки нарушений. ПР, при которых они наблюдаются.







1. **Гипестезии, анестезии** органов чувств и агнозия.
2. **Гиперестезии** органов чувств.
3. **Психосенсорные расстройства:** а) *метаморфопсии* (микро-, макро- и дисморфопсии); б) *соматопсихические* (нарушения схемы тела); в) *психические* (деперсонализация и дереализация).
4. **Иллюзии:** *экстрацептивные* (по анализаторам), тактильные и другие кожные (парестезии, дизестезии), *интра- и проприорецептивные* (как разновидность психосенсорных расстройств), по типу *ложного узнавания* (симптом Капгра – положительного и отрицательного двойника), феноменов «уже виденного», «никогда не виденного» и др.
5. **Галлюцинации:** а) по анализаторам (органам чувств) – зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые, тактильные и осязательные, общего чувства или телесные – сенестопатии, моторные (кинестетические), вестибулярные, проприоцептивные и энтероцептивные (висцеральные); б) по полноте развития – функциональные, рефлекторные, истинные и псевдогаллюцинации; в) по сложности – простые и сложные, ассоциированные, синестезические, сценopodobные, статические, кинематографические; г) по сенсорному компоненту – отчетливые, бледные (неясные), тихие, громкие, знакомые, незнакомые, полифонические, бесцветные, теневые, одно- и многоцветные; д) по отношению к личности – нейтральные, угрожающие, осуждающие, комментирующие, императивные, пророческие (апокалиптические); е) по направленности – одно- и двусторонние, сверху, снизу, вблизи, издалека, вне поля зрения (экстракампинные); ж) по времени возникновения – гипнагогические, гипнопомпические; з) по причине развития – «экзогенные» и «эндогенные», внушенные (гипнотические), психогенные, ситуационные, аффективные, неврологические (галлюцинации типа Шарля Бонне).





[illegible][illegible][illegible][illegible]

Критерий	Истинные	Псевдогаллюцинации
Сделанность		
	Имеют реальную проекцию галлюцинаторного образа	
	Яркость, образность, звучность	Приглушенность, «размытость»
	Можно заслониться, укрыться от галлюцинаторных образов	
Время суток		
Психозы	Экзогенные	Эндогенные

[illegible]

1. *По темпу:* а) ускорение; б) замедление.
2. *По стройности:* а) разорванность; б) бессвязность (инкогеренция); в) вербигерация; г) паралогическое мышление; д) амбитендентность мышления; е) перерыв мышления (шперрунги).
3. *По целенаправленности:* а) резонерство; б) патологическая обстоятельность; в) персеверация; г) аутистическое мышление.
4. *По продуктивности:* а) навязчивые идеи; б) сверхценные идеи; в) бред; г) неологизмы; д) символизм.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.[illegible]

Нарушение ¹	ППР	Слабоумие	БАР	Шизофрения	Эпилепсия
Ускоренное					
Замедленное					
Разорванность					
Инкогеренция					
Вербигерация					
Паралогичное					
Амбитендентность					
Шперрунги					
Резонерство					
Обстоятельность					
Персеверации					
Аутистическое					
Навязчивые идеи					
Бред					
Сверхценные идеи					
Неологизмы					
Символизм					

48

[illegible][illegible][illegible][illegible]

[illegible]

47. Сверхценные, бредовые и навязчивые идеи. Дифференциально-диагностические признаки.

Заполни !

Признак	Идеи		
	бредовые	сверхценные	навязчивые
Критика			

48. Паранойяльный, параноидный и парафренный синдромы.



Паранойяльный синдром – _____



Параноидный синдром – _____



Парафренный синдром – _____





Заполни !

Признак	Синдром		
	паранойяльный	параноидный	парафренный

49. Нарушения эмоций и чувств. Классификация. Нозологическая специфичность (ПР).



Классификация нарушений эмоций и чувств

1. *Патологическое усиление*: эйфория, мания и депрессия.

2. *Патологическое ослабление*: паралич эмоций, апатия, эмоциональное уплощение и эмоциональная тупость.

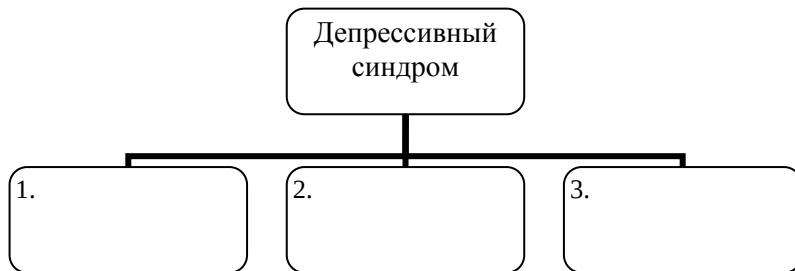
3. *Нарушение подвижности*: слабодушие (недержание эмоций), лабильность и инертность (застываемость) эмоциональных переживаний.

4. *Нарушение адекватности*: неадекватность, амбивалентность эмоций, патологическая тревога и страх, дисфории, дистимии, патологический аффект.

Заполни !

[illegible]

50. Депрессивный синдром, его клинические формы.

[illegible][illegible][illegible][illegible]

Заполни !

Признак	Больные с депрессией	Люди с акцентуациями

51. Маниакальный синдром, его клинические формы.

[illegible][illegible]

 Объективные признаки: _____

[illegible][illegible]

Заполни !

[illegible]

52. Расстройства памяти. Классификация. ПР, при которых они встречаются.





Классификация расстройств памяти

1. *Гипермнезии.*

2. *Гипомнезии и амнезии:* а) фиксационная амнезия; б) репродукционная; в) прогрессирующая; г) ретроградная; д) антероградная; е) антеро-ретроградная.

3. *Парамнезии:* а) псевдореминисценции; б) конфабуляции; в) криптомнезии.







Заполни !

ПР	Нарушения памяти		
	1	2	3
МДП			
Шизофрения			
Инволюционные психозы			
Алкоголизм			
Сенильные психозы			
Реактивные психозы			
При сифилисе			
Эпилепсия			
Умственная отсталость			

54. Слабоумие органическое, шизофреническое и эпилептическое.

 Органическое слабоумие – _____	 _____
 Шизофреническое слабоумие – _____	 _____
 Эпилептическое слабоумие – _____	 _____

Заполни !

[illegible]

55. Психоорганический синдром (критерии Г.Вальтер-Бюеля). Нозологическая принадлежность (ПР).



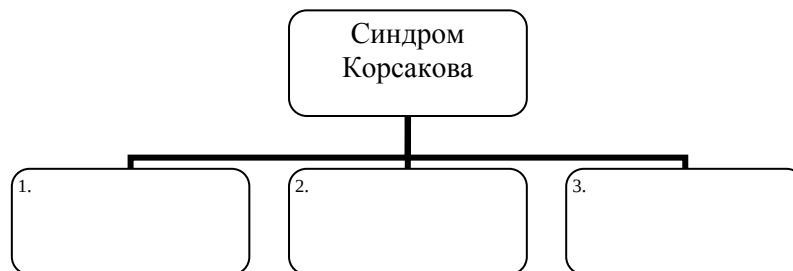








56. Синдром С.С. Корсакова. ПР, при которых он встречается.











57. Астенический (неврастенический) синдром. Его стадии. Нозологические особенности астенического синдрома (ПР).



Признак	Стадия астенического синдрома		
	гиперстеническая	раздражительной слабости	гипостеническая

58. Расстройства влечений и эффекторно-волевой сферы. Классификация. Нозологическая специфичность расстройств.



Классификация расстройств влечений (инстинктов)

1. *Расстройства пищевых влечений:* а) усиление (булимия, полифагия); б) ослабление (анорексия); в) извращение (копрофагия).

2. *Расстройства инстинкта самосохранения:* а) усиление – активно-оборонительная форма (агрессивность), пассивно-оборонительная форма (состояния страха, реакции паники, «мнимой смерти»); б) ослабление (суицидальные поступки); в) извращения (самоистязания).

3. *Расстройства половых влечений:* а) усиление (гиперсексуальность – сатириазис, нимфомания); б) ослабление (гипосексуальность, фригидность); в) извращение (онанизм, гомосексуализм, нарциссизм, эксгибиционизм, фетишизм, садизм, мазохизм, педофилия, геронтофилия, трансвестизм).

59. Кататонические нарушения. Гебефренический синдром (критерии О.В. Кербикова).

[illegible]

В зависимости от характера ведущей кататонической симптоматики выделяют три стадии ступорозного синдрома: восковидной гибкости (каталепсии) ↔ негативизма (активного и пассивного) ↔ мышечного оцепенения (полного ступора).

60. Общие клинические признаки расстройства сознания (критерии К.Ясперса). Характеристика различных форм выключенного сознания (оглушение, сопор, кома).





Классификация выключения сознания

Непсихотические формы – «простые» нарушения сознания, «количественные», по типу угнетения ясности осознания: обнубиляция и оглушение, сомноленция, сопор, кома.



Объективные признаки: _____





61. Дифференциально-диагностические различия синдромов помрачения сознания.





Классификация помрачения сознания

Психотические формы – «сложные» нарушения сознания, синдромы помрачения сознания: растерянность, делириозный и онейроидный, аментивный, сумеречные состояния



Объективные признаки: _____





Расстройства сознания (по В.Д. Менделевичу)

Клинический параметр	Делирий	Онейроид	Аменция	Сумеречное помрачение сознания
Нарушение ориентировки	В месте, времени	В месте, времени, собственной личности	В месте, времени, собственной личности	В месте, времени
Преобладающие расстройства восприятия	Яркие зрительные истинные галлюцинации и иллюзии	Фантастические зрительные слуховые псевдогаллюцинации	Отрывочные слуховые истинные и псевдогаллюцинации	Яркие зрительные истинные галлюцинации и иллюзии
Преобладающие расстройства мышления	Бредовые идеи преследования, отношения	Фантастические бредовые идеи величия воздействия	Бессвязность инкогеренция отрывочные бредовые идеи	Бредовые идеи преследования
Преобладающие аффективные нарушения	Тревога, страх	Эйфория «зачарованность»	Аффект «недоумения», смена аффектов	Дифория
Расстройства памяти	Амнезия отсутствует	Гипомнезия	Амнезия	Амнезия
Длительность	Часы	Сутки	Сутки, недели	Минуты, часы
Выход из состояния	Постепенный	Постепенный	Постепенный	Резкий

Заполни !

ПР	Делирий	Онейроид	Аменция	Сумеречное помрачение сознания

[illegible]

[illegible]

3. *Эпилептические эквиваленты*: а) дисфории; б) сумеречные состояния; в) особые состояния («никогда не виденного», «уже виденного»).

This image shows a single page of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. The paper has a slight shadow on the right side, suggesting it's part of a bound notebook or folder.[illegible]

Заполни !

[illegible]

63. Понятие симптома, синдрома (симптомокомплекса) в клинике ПР. Их диагностическое и прогностическое значение.











64. Позитивные и негативные психопатологические синдромы, соотношение с ПР.



ПОЗИТИВНЫЕ СИНДРОМЫ	IX Психоорганические	МДП	психозы	психозы
	VIII Судорожные			
	VII Парамнезии			
	VI Помрачения сознания			
	V Кататонические, парафренные, галлюцинаторно-параноидные			
НЕГАТИВНЫЕ СИНДРОМЫ	IV Вербальный галлюциноз	Шизофрения	Экзогенные	Грубоорганические
	Паранойяльные			
	III Невротические			
	II Аффективные			
	I Эмоционально- гиперестетические			
	I Истощаемость психической деятельности			
	II Субъективно осознаваемые изменения личности			
	III Объективно определяемые изменения личности			
	IV Дисгармония личности			
	V Падение энергетического потенциала			
	VI Снижение уровня личности			
	VII Регресс личности			
	VIII Амнестические расстройства			
	Парциальное слабоумие			
	X Тотальное слабоумие			
	X Психический маразм			

Психопатологические синдромы и нозологические единицы (по А.В. Снежневскому)

65. ПР при травматических повреждениях головного мозга. Острый и отдаленный периоды черепно-мозговой травмы. Прогноз.











Заполни !

ПР	Острый период	Отдаленный период

66. ПР при ВИЧ (СПИДе).



Заполни !

Пограничные ПР	Психозы	Деменция

67. ПР при сифилисе мозга. Прогрессивный паралич.



Заполни !

Пограничные ПР	Психозы	Деменция

68. ПР при опухолях головного мозга.

[illegible]This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.[illegible][illegible][illegible]

69. ПР при соматических заболеваниях. Признаки К.Шнайдера.

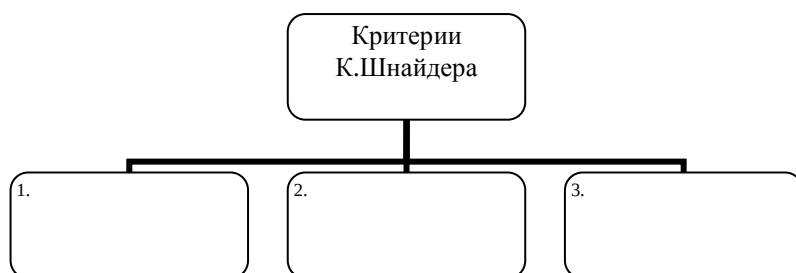












[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

71. Биполярное аффективное расстройство (маниакально-депрессивный психоз). Основные закономерности течения, критерии диагностики.











[illegible]

73. Систематика типов течения шизофрении, клинические формы.



Непрерывная (без ремиссий)		Приступообразная (с ремиссиями)	
		Прогрессирование болезни: Грубое (быстрое) Умеренное (среднее) Медленное (вялотекущее)	
Формы шизофрении по ведущему клиническому синдрому			
Параноидная	Простая	Кататоническая	Гебефреническая

Заполни !

Малопрогрессирующая	Умеренно прогрессирующая	Грубопрогрессирующая
Шизоидизация	Дефект	Слабоумие
Астения	Апатия, абulia	Апатобулия
Сглаженность эмоций	Эмоциональное обеднение	Эмоциональная тупость

74. Кататоническая форма шизофрении.











Заполни !

Признак	Кататоническое возбуждение	Гебефреническое возбуждение

77. Параноидная форма шизофрении.











Заполни !

Признак	Шизофрения	Реактивные психозы

[illegible]This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.[illegible][illegible][illegible]

Критерий	Деменция		
	пресенильная	сосудистая	сенильная

[illegible]This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.[illegible][illegible]

Признак	Умственная отсталость (олигофрения)	Задержка психического развития

83. Классификация ПР, вызванных употреблением психоактивных веществ.



Вещество оказывает специфическое действие на ЦНС и организм		
Вещество включено в список наркотиков		Не включено
Затрагивает большие группы людей и огромные территории		Распространено локально, употребляют отдельные люди
I стадия	II стадия	III стадия
Психоактивное вещество (ПАВ) – любое химическое вещество, способное при однократном приеме изменять настроение, физическое состояние, а при систематическом – вызывать физическую или психическую зависимость. ПАВ: алкоголь, производные опия, каннабиса, седативные и снотворные средства, кокаин, стимуляторы, включая кофеин, галлюциногены, летучие растворители, табак (МКБ-10)		

! Злоупотребление наркотиками и токсическими веществами без зависимости от них наркоманией или токсикоманией не считается

84. Синдром зависимости от психоактивных веществ (стадии). Абстинентное состояние (синдром отмены и его варианты).











85. Нехимические зависимости (гемблинг, Интернет-зависимость и др.). Клиника и принципы лечения.



86. Принципы лечения слабоумливающих ПР (деменций) позднего возраста.











[illegible]This image shows a blank sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.[illegible][illegible][illegible]

88. Личностные расстройства (психопатии). Определение, критерии диагностики, классификация. Формы проявлений нарушений поведения у подростков.













90. Невроз навязчивых состояний (обсессивно-компульсивное расстройство). Суть невротического конфликта, клиника и течение.











[illegible]This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.[illegible][illegible]

Признак	Стадия алкоголизма		
	I	II	III
Зависимость			
Толерантность			
Запой			

92. Реактивные психозы, обусловленные субъективно значимой психической травмой.











Заполни !

Признак	Реактивные психозы	Шизофрения

93. Неврастения. Суть невротического конфликта, клиника, течение.











94. Течение и исход ПР.











95. Исходы шизофрении. Вопросы социальной и трудовой реадaptации.



96. Психогении, их систематика. Аффективно-шоковые реакции.











97. Клиника и диагностика «маскированных» (соматизированных) депрессий. Принципы лечения.



98. ПР при инфекционных заболеваниях. Экзогенные типы реакций К.Бонгеффера. Принципы лечения.











99. Клиника пароксизмальных расстройств при эпилепсии. Эпилептические эквиваленты. Изменения личности (слабоумие) больного эпилепсией.











Эпилептические эквиваленты – пароксизмально возникающие состояния, протекающие без тонико-клонических судорог, но заменяющие эпилептический припадок. К ним относятся: дисфории, сумеречные и особые состояния (феномены «уже виденного» и «никогда не виденного», дереализационно-деперсонализационные переживания), явления амбулаторного автоматизма, приступы зрительных и слуховых галлюцинаций.

100. Цели и задачи психиатрических экспертиз (трудовая, военная, судебная).



Психиатрическая экспертиза – _____



Трудовая экспертиза – _____

Основные разделы – _____



Военная экспертиза – _____



Судебно-психиатрическая экспертиза – _____





обвиняемого, подозреваемого	потерпевшего, свидетеля	истца, ответчика
В способности во время совершения инкриминируемого деяния осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий или руководить ими	В способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания	В понимании значения своих действий, возможности руководить ими

Трудовая экспертиза

Определение степени постоянной или длительной нетрудоспособности, установление группы инвалидности

Военная экспертиза

Призывник	Военнослужащий
Определение степени годности к военной службе, в том числе к службе в определенных видах вооруженных сил и родах войск	

101. Лечение, реабилитация и профилактика психосоматических заболеваний.











102. План обследования больных с припадками².

К судорожным синдромам относится большая группа пароксизмальных расстройств. Независимо от этиологии припадков общими проявлениями для них являются: 1) внезапное начало; 2) изменения ясности сознания вплоть до полного его отключения; 3) двигательные расстройства в форме судорог; 4) кратковременность состояния с критическим окончанием; 5) повторяемость пароксизмов по типу «клише» (однотипность проявлений), стереотипность (Г.В. Морозов, 1988).

Причина припадков	Метод исследования
Психогения Опухоль головного мозга Черепно-мозговая травма Аномалия сосудов головного мозга Инфекция головного мозга (менингит, энцефалит) Интоксикация (алкогольная и др.) Недостаток витамина В ₆ Нарушение обмена (гипонатриемия, -кальциемия, -гликемия; гипернатриемия, -инсулинома и др.) Системная красная волчанка Токсикоз беременных	Клинический Нейрофизиологический (электроэнцефалография и др.) Нейрорентгенологический (КТ, ПЭТ, ЯМР) Нейропсихологический Другие лабораторные методы

Начальный этап диагностики состоит в клиническом анализе припадков и описании обстоятельств его возникновения, протекания и прекращения, соматоневрологических заболеваний, ПР, психотравмирующих факторов, семейной ситуации и др. При наличии у больного известного соматического заболевания: кардиопатии с нарушениями ритма сердца, сахарного диабета, инсуломы, при отсутствии типичных для эпилепсии характеристик припадков (тонико-клонический, парциальный с моторными проявлениями или автоматизмами) в первую очередь следует думать о связи припадков с имеющимся заболеванием. Соответствующее дополнительное обследование дает окончательный диагноз. Из неврологических заболеваний наиболее частой причиной припадков, отличных от эпилепсии, являются транзиторные нарушения мозгового кровообращения, мигрень, тики и другие дискинетические и дистонические расстройства, приступы катаплексии.

Диагноз неэпилептического припадков строится на исключении его эпилептической природы. Наиболее общими признаками являются отсутствие данных в пользу структурного поражения мозга, наличие соматических, неврологических и ПР провоцирующего фактора в развитии припадков, несоответствие картины приступа типичным проявлениям основных эпилептических припадков и патофизиологическим механизмам их развертывания, наличие выраженного эмоционального компонента, отсутствие постприпадочных спутанности и сна. Если приступ не вызван специфической соматической причиной, биохимические изменения отсутствуют.

Когда исследование ЭЭГ в межприступный период не обнаруживает убедительных данных за эпилепсию, а подозрение на нее остается, решающим исследованием является регистрация ЭЭГ во время припадков (ЭЭГ-видеомониторинг одновременная регистрация ЭЭГ и видеоизображения пациента).

² Цит. по: Зенков Л.Р. Лечение эпилепсии. М., 2001. С. 39-49.

103. Ургентная терапия при тяжелых интоксикациях алкоголем, наркотическими и токсическими веществами.





Последовательность мероприятий при тяжелой алкогольной интоксикации [8]

Промывание желудка через зонд или с помощью вызывания рвоты. Энтеросорбенты: 20-30г активированного угля или 15-30 г энтеросорбента (алкоголь всасывается через 40-90 мин: 20% в желудке и 80% в тонком кишечнике);

Аналептики и психостимуляторы: кордиамин 25% 2,0 в/в, п/к, кофеин-бензоат натрия 20% 1,0 в/в, п/к, в/м

Инфузионная терапия: гемодез 200 мл; физиологический раствор и другие солевые растворы (дисоль, хлосоль, трисоль) 200-400 мл; панангин 20,0 в/в капельно

Витамины: В₁ 6% 4 мл в/м; В₆ 5% 4 мл в/м; никотиновая кислота 1% 1 мл, аскорбиновая кислота 5% 5 мл в сочетании с 40%-м р-ром глюкозы 20 мл и 15 ED инсулина в/в

Витамины: В₁ 6% 4 мл в/м; В₆ 5% 4 мл в/м; никотиновая кислота 1% 1 мл, аскорбиновая кислота 5% 5 мл в сочетании с 40%-м р-ром глюкозы 20 мл и 15 ED инсулина в/в





Схема лечения тяжелой интоксикации психоактивными веществами [8]

Вид терапии или группа препаратов	Рекомендуемый препарат
1. Удаление токсических веществ из желудочно-кишечного тракта (при интоксикации психостимуляторами, снотворными, галлюциногенами, циклодолом)	Вызывание рвоты, промывание желудка активированный уголь, энтеросорбция
2. Специфическая антидотная терапия	Налоксон 0,4 мг (1 мл) 1-2 раза в день в/м (при опийной интоксикации), анексат 2 мг/сут в/в (при отравлении бензодиазепинами)
3. Аналептики и психостимуляторы	Кордиамин 25% 1,0 мл в/в, п/к, сульфокамфокаин 10% 2,0 мл в/м, в/в, кофеин-бензоат натрия 20% 1,0 мл в/в п/к, в/м
4. Витаминотерапия	Вит. В ₁ 6% 4 мл в/м, вит. В ₆ 5% 4 мл в/м, никотиновая кислота 1% 2 мл в/м, аскорбиновая кислота 1% 5 мл в/в с 40%-м р-ром глюкозы (10 мл) в/в Вит. В ₁₂ 0,01% 1 мл в/м
5. Дезинтоксикационная терапия	Растворы электролитов, 5- и 10%-й р-ры глюкозы реополиглюкин, полиглюкин, гемодез, гемодез-Н в/в капельно
6. Ноотропы	Пирацетам 20% 5-20 мл в/в с 40%-м р-ром глюкозы
7. Экстракорпоральные методы детоксикации	Гемосорбция, плазмаферез
8. Форсированный диурез	Фуросемид 1% 1-4 мл в/м (по показаниям)
9. Купирование психомоторного возбуждения и судорожного синдрома (интоксикация психостимуляторами, седативными и снотворными средствами)	Диазепам 0,01-0,06 г/сут, в/м, в/в, рогипнол 0,02% 2-6 мл, тиопентал натрия до 1 г/сут в/м, в/в оксибутират натрия 20% 20-40 мл в/в
10. Спазмолитическая терапия	Магния сульфат 25% 5-10 мл в/в, эуфиллин 2,4% 5-10 мл в/в, но-шпа 2% 2-4 мл в/м (по показаниям)

104. Эпилептический статус. Клиника и методы купирования³.

Эпилептический статус – длящееся более 30 мин катастрофическое учащение припадков, в промежутках между которыми больной не приходит в сознание. Продолжительность такого состояния колеблется от нескольких часов до нескольких суток. Относится к угрожающим для жизни состояниям (смертность от 3 до 60%), требующим неотложной медицинской помощи. Выделяют статусы больших и малых судорожных припадков.

Поскольку наиболее частой причиной является несоблюдение режима приема противосудорожных лекарств, введение обычно принимаемого больным лекарства в адекватной дозе наиболее эффективно купирует статус. Возможно ректальное введение фенобарбитала в дозе 0,1-0,2 г в 20-30 мл свежеприготовленного водного раствора, свежеприготовленного раствора одной из пролонгированных форм вальпроата.

Во всех остальных случаях *в начальной стадии статуса (до 60 мин от начала)* взрослому больному вводят внутривенно или ректально 10 мг диазепама (2-4 мл 0,5%-го раствора в 20 мл 5%-й глюкозы), ребенку препарат вводится в дозе 0,2-0,3 мг/кг. Скорость введения не должна превышать 2-5 мг/мин. При продолжении припадков спустя 15 мин от первого введения дозу следует повторить.

При невозможности наладить в/в введение можно использовать мидазолам. Преимущество его по сравнению с диазепамом и клоназепамом – более быстрое всасывание при внутримышечном и сублингвально-буккальном введении раствора, обеспечивающее достижение необходимой терапевтической концентрации в плазме, и меньшая склонность к аккумуляции при повторных введениях.

Не утратил своего значения хлоралгидрат (вводится в клизме: детям до 5 лет – 20 мл 2%-го раствора, после 5 лет – 60 мл 3%-го раствора; взрослым разовая доза – 1-2 г в 4% растворе, суточная – 6 г).

Продолжение припадков более 30 мин – неблагоприятный признак, и требует мониторинга состояния больного в отделении интенсивной терапии и реанимации с установкой гибких внутривенных катетеров для введения лекарств и взятия анализов. Поскольку бензодиазепины обладают кратким сроком противоэпилептического действия, повторную дозу следует вводить в комбинации с долгодействующим препаратом – фенитоином (доза для взрослых составляет 15-18 мг/кг при скорости введения не более 50 мг/мин). Вместо фенитоина можно вводить раствор фенобарбитала в дозе 10 мг/кг со скоростью 100 мг/мин. Обычная доза для взрослых – 600-800 мг, последующая поддерживающая дозировка при капельном введении – 1-4 мг/кг.

Одновременно с противосудорожной терапией проводятся диагностические исследования по установлению этиологии статуса и ведется контроль кардио-респираторной функции, противогипоксическая терапия (масочный кислород 10 л/мин), вводится глюкоза в слабом (5%-м) растворе с тиаминем. При некупирующемся после прекращения судорог ацидозе вводится 3-8%-й раствор натрия гидрокарбоната под контролем рН крови. При тяжелой артериальной гипотонии применяют в/в дофамин – 2-5 мкг/кг/мин, в тяжелых случаях – 20 мкг/кг/мин.

Если эпилептические разряды не прекращаются (60-90 мин от начала статуса), больной переводится на управляемый наркоз тиопенталом натрия или гексеналом под миорелаксантами и искусственной вентиляцией, поддерживаемой в течение 12-24 ч после последнего паттерна эпилептического припадка на ЭЭГ или клинического припадка, если ЭЭГ недоступна.

В случае угрожающей стойкой внутричерепной гипертензии вводится маннитол, проводится вентиляция под положительным давлением, вводятся высокие дозы кортикостероидов (4 мг дексаметазона каждые 6 ч). При неуспешности попыток медикаментозного устранения внутричерепной ликворной гипертензии и отека мозга проводится нейрохирургическая декомпрессивная трепанация.

На протяжении всего периода лечения статуса проводится общая терапия, направленная на купирование и компенсацию физиологических нарушений, перечисленных выше и выявляемых лабораторными методами и мониторингом, включая антикоагуляционную, антиагрегационную, гемореорборбиционную терапию.

По мере купирования статуса немедленно восстанавливается поддерживающая пероральная противоэпилептическая терапия, которая может быть начата введением через назогастральный зонд взвеси измельченных таблетированных препаратов, соответствующих типу эпилепсии у больного с учетом предыдущего лечения.

³ Цит. по: Зенков Л.Р. Лечение эпилепсии. М., 2001. С. 105-110.

105. Закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Настоящим Законом, вступившим в силу 1 января 1993 г., регламентируется широкий круг вопросов, касающихся охраны психического здоровья населения.

Раздел 1 (Общие положения)

Рассматривает порядок и принципы оказания психиатрической помощи, добровольность обращения за психиатрической помощью; право лиц, страдающих психическими расстройствами (ПР) на согласие и отказ от лечения; применение принудительных мер медицинского характера; проведение судебно-психиатрической экспертизы и определение годности граждан к службе в качестве военно-служащего.

Раздел 2 (Обеспечение психиатрической помощью и социальная защита лиц, страдающих ПР)

Характеризует виды психиатрической помощи и социальной защиты, гарантируемой государством, финансирование этой службы.

Раздел 3 (Учреждения и лица, оказывающие психиатрическую помощь.

Права и обязанности медицинских работников и иных специалистов)

В п. 2, 3 ст. 20, в частности, говорится: «Установление диагноза психического заболевания, принятие решения об оказании психиатрической помощи в недобровольном порядке либо дача заключения для рассмотрения этого вопроса являются исключительным правом врача-психиатра или комиссии врачей-психиатров (2)». «Заключение врача другой специальности о состоянии психического здоровья лица носит предварительный характер и не является основанием для решения вопроса об ограничении его прав и законных интересов, а также для предоставления ему льгот, предусмотренных законом для лиц, страдающих ПР (3)».

Раздел 4 (Виды психиатрической помощи и порядок ее оказания)

Уделяет внимание порядку проведения психиатрического освидетельствования граждан, постановке и снятию с диспансерного учета. Формулирует в ст. 29 основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке: «Лицо, страдающее ПР, может быть госпитализировано в психиатрический стационар без его согласия или без согласия его законного представителя до постановления судьи, если его обследование или лечение возможно только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает: а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо оставлено без психиатрической помощи».

В ст. 41 перечисляет: «Основаниями для помещения в психоневрологическое учреждение для социального обеспечения являются личное заявление лица, страдающего ПР, и заключение врачебной комиссии с участием врача-психиатра, а для несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, – решение органа опеки и попечительства, принятое на основании заключения врачебной комиссии с участием врача-психиатра. Заключение должно содержать сведения о наличии у лица ПР, лишаящего его возможности находиться в неспециализированном учреждении для социального обеспечения, а в отношении дееспособного лица – также и об отсутствии оснований для постановки перед судом вопроса о признании его недееспособным».

Содержит перечень прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах, обязанности администрации и медицинского персонала психиатрического стационара (психоневрологических учреждений для социального обеспечения).

Раздел 5 (Контроль и прокурорский надзор за деятельностью по оказанию психиатрической помощи)

Содержание соответствует названию раздела. Допускает контроль общественных организаций за соблюдением прав и законных интересов граждан при оказании психиатрической помощи.

Раздел 6 (Обжалование действий по оказанию психиатрической помощи)

Предусматривает порядок и сроки обжалования. Устанавливает ответственность (административную и уголовную) за нарушение настоящего Закона.

106. Принципы лечения ПР при сосудистых заболеваниях головного мозга.

Заполни!

Препараты для лечения сосудистых заболеваний

Пограничные ПР	Психозы	Деменция

107. Принципы и этапы реабилитации психически больных.











Реабилитация психически больных есть прежде всего их ресоциализация, так как при ПР серьезно нарушаются социальные связи и отношения (М.М. Кабанов).

Заполни!

Этап реабилитации

Восстановительная терапия	Реадаптация	Собственно реабилитация

108. Методы терапии шизофрении.











109. Антидепрессанты. Классификация, показания к применению. Побочные явления и осложнения.



Антидепрессанты – _____



Клиническая классификация антидепрессантов

1. Со стимулирующим действием.
2. Со сбалансированным действием.
3. С седативным действием.







Группа препаратов	Побочные эффекты антидепрессантов		
	соматические	неврологические	психические
Три- и тетрациклические	Ортостатическая гипотония Холинолитические эффекты (сухость во рту, тахикардия запоры, задержки мочеиспускания, нарушения аккомодации) Лейко- и эозинопении агранулоцитоз (редко) Кардиотоксические эффекты Аллергические реакции	Тремор, атаксия, миоклонические подергивания парастезии	Седативный эффект Инверсия аффекта (мании) Делирий
Обратимые ингибиторы МАО	Холинолитические эффекты Аллергические реакции	Тремор конечностей	Инверсия аффекта (мании, обострение психоза)
Ингибиторы обратного захвата серотонина	Желудочно-кишечные расстройства (диспепсия, диарея потеря аппетита и др.)	Тремор, дизартрия, гиперрефлексия, акатизии головная боль, нарушение координации движений	Появление тревоги ажитации, бессонница инверсия аффекта Сонливость

Серотониновый синдром – редкое осложнение, которое возникает при совместном назначении двух серотонинергических препаратов и кломипрамина с ингибиторами МПАО обратимого и необратимого действия и некоторыми другими препаратами. Характеризуется желудочно-кишечными расстройствами (тошнота, рвота, жидкий стул, боли в животе, метеоризм) и появлением психомоторного возбуждения, тахикардии, гипертермии, гиперрефлексии, потливости, нарушения сознания от делирия до сопора. Летальность может наступить от нарушения сердечной деятельности на фоне тяжелых нарушений расстройств сознания, гемодинамики и гомеостаза.

110. Экспертиза алкогольного и наркотического опьянения. Патологическое опьянение, судебно-психиатрическая оценка.











Патологическое опьянение – острый кратковременный психотический эпизод с болезненно измененным сознанием	Параноидный вариант Эпилептиформный вариант
Признаются невменяемыми	

111. Транквилизаторы. Классификация, показания к применению. Использование в психиатрической и общесоматической клиниках.



Транквилизаторы – _____





Фармакологические свойства транквилизаторов:

1. Седативное (успокаивающее).
2. Антитревожное (анксиолитическое).
3. Антифобическое.
4. Гипнотическое (облегчает наступление сна и увеличивает его глубину и продолжительность).
5. Стимулирующее.
6. Вегетотропное.
7. Миорелаксирующее.
8. Противосудорожное.

Подгруппы транквилизаторов (Г.Я. Авруцкий, А.А. Недува, 1988):

1. Преимущественно с тормозным (седативным действием («ночные»).
2. Преимущественно со стимулирующим действием («дневные»).





Побочные явления транквилизаторов

Соматические (редко)	Неврологические	Психические
Замедление сердечного ритма, синусовая аритмия, уменьшение сократительной активности миокарда, появление отрицательных зубцов Т Остановки дыхания (при внутривенном вливании) Запоры, понижение аппетита, тошнота рвота (редко) Изменения со стороны крови (апластические анемии, агранулоцитоз) Метаболические и гормональные нарушения (снижение массы тела) Аллергические реакции	Мышечная релаксация Нистагм, дрожание, дизартрия Нарушения фонации и глотания Недержание мочи и кала	Гиперседация (сонливость заторможенность, нарушения памяти, недостаточная концентрация внимания) Парадоксальные реакции (усиление тревоги, страха депрессивной симптоматики бессонница, двигательные расстройства) Психическая и физическая зависимость

Психическая зависимость – состояние, при котором лекарственное средство вызывает чувство удовлетворения или психического подъема и которое требует периодически возобновляемого или постоянного введения лекарственных средств для того, чтобы испытать удовольствие или избежать дискомфорта.

Физическая зависимость – адаптивное состояние, которое проявляется интенсивными физическими расстройствами и возникает при прекращении введения соответствующего лекарственного средства [7. С. 124].

112. Общие принципы психофармакотерапии. Систематика психотропных средств.



Психотропные средства (ПС) – _____

Психофармакотерапия (ПФТ) – _____



Показания к назначению ПС определяются спектром их психотропной активности (способностью избирательно действовать на психопатологические синдромы). Когда он соответствует основным нарушениям психической деятельности – ведущему психопатологическому синдрому, его правильная квалификация является решающим фактором при выборе ПС.

Систематика ПС

1. Нейролептики (антипсихотические средства)
2. Транквилизаторы (анксиолитики)
3. Антидепрессанты (тимоаналептики)
4. Психостимуляторы
5. Нейрометаболические стимуляторы (ноотропы, церебропротекторы)
6. Нормотимики (тимостабилизаторы)
7. Психодизлептики (галлюциногены)



Главные условия ПФТ: 1. Клиническая обоснованность. 2. Динамичность. 3. Непрерывность и длительность. 4. Комплексность терапевтического воздействия.

Правило Лабхгарда (1954): Чем неблагоприятнее ПР и длительнее его течение, тем выше необходимая доза ПС и длительней терапия.

Частота (кратность приема) ПС зависит от длительности его периода полусуществования.

Принцип минимальной достаточности – равновесие между благоприятным терапевтическим действием и побочными эффектами.



Общие закономерности лечения ПР

ПР	Основная группа ПС	Другие вмешательства	Поддерживающая терапия
Слабоумие	Чаще всего ноотропы	Лечение основного заболевания, уход, реабилитация	Лечение сопутствующих ПР
Психозы	Нейролептики	ЭСТ, другие ПС; при экзогенных психозах – лечение основного заболевания	Нейролептики-пролонги, в ряде случаев нормотимики
Депрессивные состояния	Антидепрессанты	ЭСТ, психотерапия	Нормотимики
ППР	Транквилизаторы	Психотерапия	Психотерапия
Алкоголизм	В ряде случаев антабус	ПФТ, психотерапия	Аналогичная
Наркомания	Налоксон при опиной наркомании	Налтрексон, ПФТ, психотерапия	Аналогичная

113. Терапия биполярного аффективного расстройства (МДП).



Нозологическая классификация и лечение депрессивных состояний (Kielholz P., 1965)

Нозология депрессии	Лечение
I. Соматогенные: а) органические (сенильные, атеросклеротические эпилептические, посттравматические) б) симптоматические (постинтоксикационные гемо- динамические, эндокринные, токсические)	1. Патогенетическая соматическая терапия 2. Симптоматическая психофармакотерапия 3. Психотерапия
II. Эндогенные (шизофренические, биполярные моно- полярные, инволюционная меланхолия)	1. Психофармакотерапия (антидепрессанты нормоти- мики, тимонейролептики) 2. Психотерапия
III. Психогенные	1. Психотерапия 2. Психофармакотерапия (транквилизаторы, «малые» антидепрессанты)

114. Психотерапия, основные методы и показания к их применению.











115. Нейролептики. Классификация, диапазон действия, показания к их применению, побочные явления и осложнения.



Нейролептики – _____





Психофармакологические свойства нейролептиков (J.Delay, P.Deniker, 1961):

1. Психолептическое (успокаивающее действие, до состояния эмоциональной индифферентности).
2. Купирующее действие в отношении возбуждения.
3. Редуцирующее действие на психотическую симптоматику.
4. Вызывающее характерные неврологические и вегетативные нарушения.
5. Воздействующее на подкорковые структуры ЦНС.

Подгруппы нейролептиков (P.Deniker, D.Ginestet)

1. Седативного действия.
2. Со средним действием и умеренной антипсихотической и седативной активностью.
3. Поливалентные, широкого спектра действия с выраженным общим и избирательным антипсихотическим действием.
4. Растормаживающие.





Побочные явления нейролептиков

Соматические	Неврологические	Психические
Вегетативные нарушения (ортостатическая гипотония, тахикардия, нарушения сердечной проводимости) Обменные и эндокринные нарушения (увеличение массы тела, дисменорея гинекомастия и др.) Гематологические осложнения (агранулоцитоз) Токсикоаллергические реакции (дерматиты) Поражения печени (холестатические гепатиты) Пигментные нарушения (изменения цветового оттенка кожных покровов и органа зрения) Внезапная смерть	Экстрапирамидные двигательные расстройства: паркинсонизм (акинето(гипер)-ригидный синдром), ранние (острые) и поздние (хронические) дискинезии, акатизия и тасикинезия, тремор) Злокачественный нейролептический синдром	Депрессии («гипервигильная», «назойливая» апато-адинамическая) Состояние пассивности и психической индифферентности Транзиторные экстрапирамидно-психотические обострения

116. Тимостабилизаторы, показания к применению. Побочные явления и осложнения.



Тимостабилизаторы (нормотимики) – _____







Классификация нормотимиков

1. Препараты солей лития.
2. Противосудорожные средства (карбамазепин, вальпроат натрия, окскарбазепин и др.).
3. Блокаторы кальциевых каналов (верапамил, нифедипин).

Препараты	Побочные эффекты нормотимиков		
	соматические	неврологические	психические
Соли лития	Почечные расстройства (жажда, полиурия, никтурия) Увеличение массы тела Сердечно-сосудистые расстройства (урежение пульса, экстрасистолы, нарушение возбудимости миокарда) Нарушения функции щитовидной железы	Тремор, тасикинезия мышечные подергивания, расстройства речи	Индифферентность замедление мышления Снижение памяти и работоспособности
Антиконвульсанты	Брадикардия, антривентрикулярная блокада Гематологические нарушения (лейкопения, тромбоцитопения, снижение гемоглобина)	Тремор, атаксия головная боль	Сонливость Спутанность сознания
Блокаторы кальциевых каналов	Тошнота, рвота, кожные аллергические реакции Снижение АД Аллергические реакции	Головокружение	Сонливость

117. Побочные явления и осложнения, вызванные применением психотропных средств, их предупреждение и мероприятия по устранению.



Побочные эффекты – расстройства, связанные с прямым фармакологическим действием медикаментов (антихолинергическое, гипотензивное и др.). Они быстро исчезают после уменьшения дозы и назначения корректоров; не представляют серьезной опасности для жизни.

Осложнения – характеризуются включением новых патогенетических звеньев развития патологического процесса; представляют серьезную опасность для жизни больных (злокачественный нейролептический синдром, генерализованные токсикоаллергические реакции, поздние дискинезии и др.).



Классификация побочных эффектов и осложнений ПС

1. Связанные с фармакологическим свойством ПС
2. Токсические осложнения (передозировка ПС)
3. Вторичные побочные эффекты, не связанные с прямым действием ПС (тромбоэмболия, гипостатическая или аспирационная пневмония и др.)
4. Аллергические (иммунологические) реакции
5. Синдромы отмены

*Побочные эффекты и осложнения: **ранние** (появляются в начале терапии), **поздние** (в процессе терапии, через несколько недель после ее начала), **отдаленные** (после окончания терапии, через несколько недель или месяцев).*



Заполни !

Группа препаратов	Побочные явления		
	соматические	неврологические	психические
Нейролептики			
Транквилизаторы			
Антидепрессанты			
Нормотимики			
Ноотропы			
Психостимуляторы			

118. Психомоторное возбуждение и способы его купирования.

Психомоторное возбуждение — _____

Вызванный к возбужденному больному медицинский работник обязан прежде всего установить характер заболевания и, не теряя времени, приступить к оказанию помощи.

Главная задача ухода и надзора за возбужденным больным — обеспечение безопасности самого больного и окружающих его людей. Психиатрический надзор должен быть тщательным, непрерывным и действенным. Возникшее возбуждение, являясь признаком серьезного психического заболевания, служит показанием к помещению в психиатрическую больницу.

Универсальным средством купирования маниакального возбуждения являются соли лития. Следует учесть, однако, что редукция маниакального синдрома при этом происходит не сразу и в основном за счет медленного упорядочения поведения. Поэтому в течение первых дней терапии необходимо сочетание солей лития с антипсихотическими средствами избирательного седативного действия. При купировании маниакального возбуждения применяются высокие дозы солей лития как внутрь, так и парентерально (до 2000 мг). Мощным антимааниакальным действием обладают нейролептики — галоперидол, триседил и др. При кататоническом возбуждении терапией выбора является применение ЭСТ.

119. Алкогольные психозы и основные принципы их лечения.

Алкогольные психозы — _____

Требуют помощи в специализированных наркологических учреждениях. Распространенность их среди всех больных, страдающих алкоголизмом, достаточно велика и достигает 10%. Из них до 70% приходится на алкогольный делирий. Делирий и другие алкогольные психозы возникают со второй стадии заболевания.

На начальном этапе показано введение манитола, глицерина, диуретиков при ограниченном количестве жидкости (не более 800-1000 мл) и растворов солей натрия. Для устранения внутриклеточного ацидоза необходимо вводить 20-40%-ю глюкозу при медленной инфузии. Возможно добавление инсулина из расчета 1 ед. на 8-10 г глюкозы, а также 25%-й сернокислой магнезии. Обязательно используют тиамин и пиридоксин (800-1000 мкг), рибофлавин (среднетерапевтические дозы), аскорбиновую кислоту.

Для подавления гиперактивности АЦД и кетоза следует использовать кальциевые блокаторы: цинаризин, нифидипин, верапамил и др. В качестве кальциевых блокаторов показаны бензодиазепины (реланиум — 2,0-4,0 мл сут). Лучшим и достаточно безопасным средством для устранения вазоспазма является папаверин (2,0-4,0 мл внутримышечно 3 раза в день).

Следует помнить и о сопутствующих соматических заболеваниях. Наиболее опасными являются бронхо-легочная недостаточность и панкреонекроз. В последнем случае необходимо незамедлительно перевести пациента в хирургический стационар. Сопутствующие бронхиты и пневмонии требуют применения антибиотиков широкого спектра действия в сочетании со всеми другими необходимыми в этих случаях терапевтическими действиями.

Другие алкогольные психозы (галлюциноз, паранойд) лечатся подобным образом. При отсутствии эффекта от лечения нужно очень осторожно перейти к назначению нейролептиков, антидепрессантов, нормотимиков в зависимости от ведущего клинического синдрома в малых или средних терапевтических дозах. Их предпочтительно вводить внутривенно медленно (капельно).

120. Лечение ПР при травматических поражениях головного мозга (в остром и отдаленном периодах).



Заполни !

Острый	Отдаленный

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

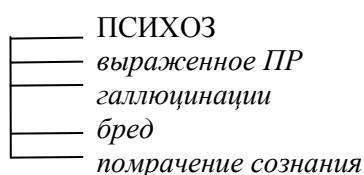
1. *Голенков А.В.* Психиатрия и наркология: учеб. пособие / А.В. Голенков. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2008. 84 с.
2. *Детская и подростковая психиатрия: схемы и таблицы* / сост. А.В. Голенков. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2006. 36 с.
3. *Зенков Л.Р.* Лечение эпилепсии / Л.Р. Зенков; под ред. Н.Н. Яхно. М., 2001. 228 с.
4. *Ильенко Л.И.* Как учиться эффективно: учеб. пособие / Л.И. Ильенко, Н.М. Филичкина; под ред. Г.И. Сторожакова. М., 2007. 168 с.
5. *История психиатрии: даты, события, люди: материалы для учеб.-исслед. и науч.-исслед. работы студентов* / сост. А.В. Голенков. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2015. 68 с.
6. *Коркина М.В.* Психиатрия: учебник для мед. вузов / М.В. Коркина, Н.Д. Лакосина, А.Е. Личко, И.И. Сергеев. М., 2008. 576 с.
7. *Малин Д.И.* Побочное действие психотропных средств / Д.И. Малин. М.: Вузовская книга, 2000. 208 с.
8. *Малин Д.И.* Клиническая наркология в схемах, таблицах и рисунках / Д.И. Малин, В.М. Медведев. М., 2003. 104 с.
9. *Наркология: национальное руководство* / под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 720 с.
10. *Орлов Ф.В., Булыгина И.Е., Николаев Е.Л.* Психология в работе врача: консп. лекций. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2009. 176 с.
11. *Психиатрия: национальное руководство* / под ред. Т.Б. Дмитриевой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 1000 с.
12. *Психиатрия и наркология: сб. ситуационных и клинических задач* / сост. А.В. Голенков. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2014. 216 с.
13. *Психиатрия и психология: терминологический словарь* / сост. А.В. Голенков. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2006. 56 с.
14. *Рустанович А.В.* Клиническая психиатрия в схемах, таблицах и рисунках / А.В. Рустанович, В.К. Шамрей. СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2001. 204 с.
15. *Судебная психиатрия: схемы и таблицы* / сост. А.В. Голенков. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2005. 28 с.
16. *Художественная психопатология: хрестоматия* / сост. А.В. Голенков. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2006. 280 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

1. Перечень практических навыков по психиатрии и наркологии

1. Уметь выявлять и квалифицировать ПР.
2. Уметь собирать анамнестические сведения о больном с ПР, формулировать заключение о его психическом состоянии и оформлять направление в психиатрическое учреждение.
3. Уметь оказывать помощь при неотложных состояниях психиатрии и наркологии (возбуждении, суицидальных тенденциях, отказе от еды, эпилептическом статусе, острых психозах, отравлениях психотропными средствами, алкоголем и наркотиками).
4. Знать показания для направления психически больного в психиатрический стационар в недобровольном порядке.

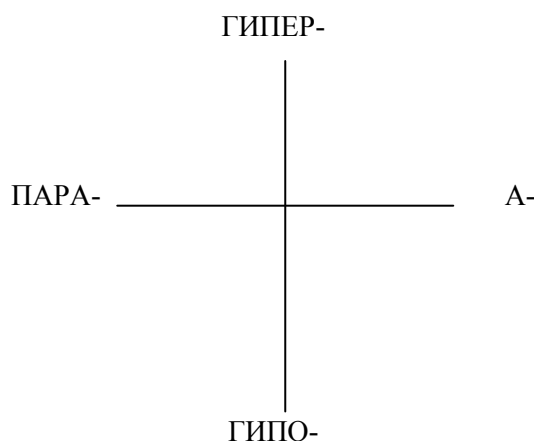
2. Графическая схема определения [4]



Выделены ключевые слова в определении понятия «Психоз»

Выпишите слова, смысл которых вам не понятен. В определении выделите ключевые слова.

3. Схема расстройств психических сфер



4. Матрица нарушений психических процессов и групп ПР

Психическая сфера	Группа ПР												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Восприятие													
Мышление													
Память													
Интеллект													
Воля													
Эмоциональная													
Психомоторная													
Сознание (самосознание)													
Личность													

1 – шизофрения; 2 – МДП; 3 – эпилепсия; 4 – наркологические заболевания; 5 – ПР при черепно-мозговой травме; 6 – интоксикационные ПР; 7 – ПР при общих и мозговых инфекциях; 8 – ПР при сосудистых поражениях головного мозга; 9 – ПР при соматических заболеваниях; 10 – ПР позднего возраста; 11 – расстройства личности; 12 – умственная отсталость; 13 – психогенные расстройства.

5. Классификация психотропных средств [7, 8]

Класс	Группы	
	по клиническому действию	по химическому строению или механизму действия
Нейролептики	I. Нейролептики с седативным действием II. Нейролептики среднего действия (антипсихотики) III. Поливалентные нейролептики с мощным антипсихотическим действием IV. Нейролептики с растормаживающим действием V. Атипичные нейролептики	I. Производные фенотиазина II. Производные бутирофенона III. Производные тioxантена IV. Производные дифенилбутилпиперидина V. Производные дибензодиазепина VI. Замещенные бензамиды VII. Производные других химических групп
Транквилизаторы (анксиолитики)	I. Транквилизаторы с преимущественно тормозным (седативным) компонентом действия II. Дневные транквилизаторы III. Транквилизаторы гипнотики	I. Производные бензодиазепина II. Карбаминовые эфиры замещенного пропандиола III. Производные дифенилметана IV. Производные триметоксibenзойной кислоты V. Транквилизаторы других химических групп
Антидепрессанты (тимоаналептики)	I. Антидепрессанты с преимущественно седативным действием II. Антидепрессанты сбалансированного действия III. Антидепрессанты с преимущественно стимулирующим действием	I. Антидепрессанты неизбирательные ингибиторы нейронального захвата моноаминов A. Препараты трициклической структуры B. Препараты тетрациклической структуры B. Препараты другой химической структуры II. Селективные ингибиторы нейронального захвата моноаминов A. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина B. Селективные ингибиторы обратного захвата дофамина III. Антидепрессанты ингибиторы моноаминоксидазы (MAO) A. Ингибиторы MAO необратимого действия B. Ингибиторы MAO обратимого действия III. Антидепрессанты с другими механизмами действия
Психостимуляторы	—	I. Производные пурина II. Фенилалкиламины и их аналоги III. Фенилалкилсиднонимины
Ноотропы (нейрометаболические стимуляторы)	I. Препараты с седативными свойствами II. Препараты со стимулирующими свойствами III. Препараты сбалансированного действия	—
Нормотимики (тимоизолептики)	—	I. Препараты солей лития II. Антikonвульсанты III. Блокаторы кальциевых каналов
Психодизлептики	—	—

ОГЛАВЛЕНИЕ

Экзаменационные вопросы и схема ответа	5
Список рекомендуемой литературы.....	121
Приложения	122

ПСИХИАТРИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Рабочая тетрадь для подготовки к экзамену

Отв. за выпуск А.В. Голенков

Согласно Закону № 436-ФЗ от 29 декабря 2010 года
данная продукция не подлежит маркировке

Подписано в печать 04.02.2020. Формат 60×84/8.
Бумага газетная. Печать офсетная. Гарнитура Times.
Усл. печ. л. 13,25. Уч.-изд. л. 13,02. Тираж 100 экз. Заказ № 122.

Издательство Чувашского университета
Типография университета
428015 Чебоксары, Московский просп., 15