

31.08.20 «Психиатрия»

Вопросы теоретической части

1. Астенический синдром: структура, клинические варианты.
2. Шизофрения, параноидная форма. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение, ВВЭ.
3. Основные мероприятия по профилактике аддиктивных расстройств в войсках.
4. Истерический синдром: структура, клинические варианты.
5. Шизофрения, кататоническая форма: клиника, дифференциальная диагностика, лечение, ВВЭ.
6. Неотложная помощь при психомоторном возбуждении.
7. Обсессивно-фобический синдром: структура, клинические варианты.
8. Шизофрения, простая форма: клиника, дифференциальная диагностика, лечение, ВВЭ.
9. Девиантное поведения военнослужащих: формы, профилактика.
10. Ипохондрический синдром: структура, клинические варианты.
11. Аффективные расстройства: классификация, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, ВВЭ.
12. Основные разделы судебной психиатрии. Формула невменяемости и недееспособности.
13. Депрессивный синдром: структура; простые, смешанные и сложные депрессии.
14. Тревожно-фобические и прочие тревожные расстройства: клиника, дифференциальная диагностика, лечение, ВВЭ.
15. Неотложная помощь при попытке или угрозе суицида.
16. Маниакальный синдром: структура; простые, смешанные и сложные мании.
17. Конверсионные и диссоциативные расстройства: клиника, дифференциальная диагностика, лечение, ВВЭ.
18. Основные направления психотерапии.
19. Паранойяльный синдром.
20. Реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации: клиника, дифференциальная диагностика, лечение, ВВЭ.
21. Понятие нервно-психической неустойчивости. Признаки нервно-психической неустойчивости.
22. Синдром психического автоматизма (Кандинского-Клерамбо).
23. Обсессивно-компульсивное расстройство: клиника, дифференциальная диагностика, лечение, ВВЭ.
24. Основные этапы развития военной психиатрии.
25. Парафренный синдром.
26. Синдром зависимости от алкоголя: клиника, лечение, ВВЭ.
27. Классификации психических расстройств.
28. Кататонический синдром: структура, клинические варианты.
29. Соматоформные расстройства: клиника, дифференциальная диагностика, лечение, ВВЭ.
30. Классификация психофармакологических средств, их применение в

практике военного врача.

31. Психоорганический синдром: структура, клинические варианты.
32. Алкогольные психозы: классификация, клинические разновидности, лечение.
33. Плановая и неотложная госпитализация военнослужащих в психиатрический стационар.
34. Расстройства восприятия.
35. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления наркотических средств и психоактивных веществ. Клинические проявления, ВВЭ.
36. Организация психопрофилактических мероприятий в воинской части.
37. Расстройства памяти.
38. Расстройства личности: критерии диагностики П. Ганнушкина, критерии диагностики по МКБ-10, классификации, ВВЭ.
39. Организация психиатрической помощи в ВС РФ в мирное время.
40. Расстройства мышления.
41. Расстройства личности (параноидное, шизоидное): клинические проявления, ВВЭ.
42. Неотложная помощь при делирии.
43. Делириозный синдром: структура, этапы развития, клинические разновидности.
44. Расстройства личности (истероидное, эмоционально-неустойчивое, диссоциальное): клинические проявления, ВВЭ.
45. Психопрофилактика: задачи, виды, методы, особенности в практике войскового врача.
46. Онейроидный синдром, клиника, дифференциальная диагностика.
47. Психические расстройства при травмах головного мозга.
48. Порядок направления военнослужащих на медицинское освидетельствование в связи с психическими расстройствами.
49. Синдром сумеречного помрачения сознания: клинические проявления, варианты, неотложная помощь.
50. Расстройства личности (ананкастное, тревожное, зависимое), клинические проявления, ВВЭ.
51. Структура и расчет санитарных потерь психиатрического профиля на этапах медицинской эвакуации в условиях современной войны.
52. Аментивный синдром, клиника, дифференциальная диагностика.
53. Шизофрения, гебефреническая форма: клинические проявления, дифференциальная диагностика, ВВЭ.
54. Организация работы по выявлению военнослужащих с нервно-психической неустойчивостью.
55. Основные наркологические синдромы (психической, физической зависимости, измененной реактивности).
56. ПТСР, клиника, лечение, ВВЭ.
57. Профилактика суицидального поведения в войсках
58. Депрессивный синдром: психотическая и непсихотическая депрессии, диагностические критерии депрессивного эпизода.
59. Психические расстройства при энцефалитах.
60. Принципы организации психиатрической помощи в условиях современных войн.

Ситуационные задачи

1. Больной Д, 38 лет. Жалобы на раздражительность, вспыльчивость, плохой сон. Анамнез: Наследственность психопатологически не отягощена. В возрасте 5 лет перенес травму головы, стационарно не лечился. В школу пошел с 7 лет, учился на «хорошо» и «отлично», учеба давалась легко, выделялся среди одноклассников высокой активностью на уроках. По характеру всегда отличался стремлением к лидерству, высокой оценке со стороны окружающих, работоспособностью и настойчивостью. Закончил 10 классов и военное училище с отличием. Женат, воспитывает 2-х детей. Службу проходил на Северном флоте. 9 лет назад появились и стали нарастать раздражительность, вспыльчивость, повысилась «внутренняя активность». Спустя год после начала заболевания, стал резким и категоричным в суждениях и принятии решений, нарастала тревога и страх, «слышал голоса» комментирующего и приказного порядка, «приобрел» способность читать мысли окружающих и руководить их действиями. Был освидетельствован ВВК, признан не годным к военной службе. В дальнейшем получал поддерживающее лечение нейролептиками. После увольнения продолжал работать в строительных организациях на руководящих должностях. Менее года назад в течение лета испытывал подъем активности, сниженную потребность в еде и сне. В конце сентября почувствовал «спад, ступор», стало трудно выполнять работу, стал раздражительным и конфликтным. Поступил для лечения в психиатрическую клинику.

Психический статус:

Правильно ориентирован в месте времени и собственной личности. Обманы восприятия отрицает, косвенных признаков галлюцинаций нет. Гипомимичен, движения замедленны. Продуктивному контакту доступен с трудом, речь в виде монолога. На вопрос о самочувствии пускается в длинный бессвязный рассказ о своей жизни, перескакивая с одной темы на другую. Самооценка завышена «много знаю, много умею..., редкий специалист». Аффективно сглажен, маломодулирован. Отмечает, что мало «чувств и влечений». Мышление нецеленаправленное, с соскальзываниями и элементами резонерства. Без критики.

Вопросы:

1. Какие психопатологические симптомы описаны в задаче?
2. Ваш диагноз?

2. Больной С, 25 лет, инвалид 2 группы, не работает. Жалобы на наличие внутри головы голосов мужских и женских, которые комментируют поступки, плохую память, бессонницу. Анамнез: Наследственность психопатологически не отягощена. Раннее развитие без особенностей. Младший из двух детей. По характеру был общительный, добрый, веселый. В школе в начальных классах учился хорошо. В подростковом возрасте изменился по характеру: стал черствым, грубым, враждебно относился к близким, общался в асоциальных группах сверстников, курил анашу, принимал димедрол, транквилизаторы, алкоголизировался, неоднократно уходил из дома, бродяжничал. Резко снизилась успеваемость, с трудом усваивал пройденный материал, пропускал занятия. К концу 10 класса учебу забросил, стал уединяться, потерял интерес к компании друзей, в основном находился дома, ничем не занимался. Практически не общался с родными, если же к нему обращались вопросами, то отвечал односложно или отмалчивался. Периодически отмечались периоды пониженного настроения, в такие моменты закрывался в своей комнате, залеживался, не проявлял интереса к окружающему, плохо ел. Перестал следить за своим внешним видом, отказывался мыться, чистить зубы. После окончания школы поступил в технический ВУЗ, но

учиться не смог, через год бросил институт, после чего устроился на работу подсобным рабочим. Через 5 месяцев уволился с работы «было трудно работать». По настоящее время нигде не работает. Через несколько месяцев после увольнения с работы пропал из дома, был найден на даче. По возвращении домой, стал злобным, агрессивно реагировал на окружающих. Запрещал включать телевизор. Был проконсультирован психиатром, получал лечение, однако состояние не улучшилось, в связи с чем был госпитализирован в психиатрическую клинику. Состояние при поступлении характеризовалось аффективно-бредовым синдромом. После выписки быстро нарастала дефицитарная симптоматика по апато-абулическому варианту. Повторные госпитализации связаны с появлением сенестопатий, деперсонализационно-дереализационных переживаний, тревогой. Длительное время находится на поддерживающей терапии. В связи с ухудшением состояния в виде усиления тревожности, сенестопатий, вербальных псевдогаллюцинаций вновь поступил для лечения в психиатрическую клинику.

Психический статус: Правильно ориентирован в месте времени и собственной личности. В беседе на вопросы отвечает после паузы, отрывистыми фразами. Затрудняется описать свои ощущения: «мозг накрыт бумагой», «мысли трудно собрать, невозможно сосредоточиться». Считает, что его мысли известны окружающим, а он может знать мысли других. Предъявляет жалобы на неприятные ощущения внутри позвоночника «труба внутри кости». Мышление аморфное, непоследовательное. Эмоционально тускл, однообразен, периодически на лице застывшая улыбка. Фон настроения неустойчив. Без критики.

Вопросы:

1. Какие психопатологические симптомы описаны в задаче?
2. Ваш диагноз?

3. Больной Р., 24 лет, инвалид 1-й группы. В течение многих лет почти непрерывно находится в психиатрической больнице. В отделении совершенно пассивен, большую часть времени ничем не занят, сидит на стуле глядя, в одну точку. Выражение лица тупое, безразличное, рот полуоткрыт. Иногда по приглашению других больных садится играть в шахматы. Однако играет без интереса, всегда проигрывает, встает и уходит на свое место. Крайне неряшлив, не следит за своей внешностью, умывается и причесывается только по настоянию персонала отделения. На свидание с матерью выходит неохотно. Не поздоровавшись с ней, сразу же лезет в сумку, достает принесенные продукты и, слегка кивнув головой, уходит в свою палату. Ест много и с жадностью, съедает все подряд – кислое, сладкое, соленое.

В один из дней больной был взят на лекцию по психиатрии для демонстрации студентам. Вошел с видом полного безразличия, сел, даже не взглянув на аудиторию. На вопросы отвечает неохотно, односложно, смотрит при этом в сторону. Вот образец разговора с больным:

Профессор: Как Вы себя чувствуете? Вас что-нибудь беспокоит?

Больной: Нет, ничего. Я здоров.

Профессор: Почему же Вы находитесь в больнице?

Больной: Не знаю... Лечение еще не закончено.

Профессор: Какое же лечение, если Вы здоровы?

Больной молчит, на вопрос не отвечает.

Профессор: Я слышал, что несколько лет тому назад Вы выпрыгнули из окна 3-го этажа, сломали себе ногу. Зачем Вы это сделали?

Больной: Так... Встряхнуться захотелось.

Профессор: Вот уже много лет Вы лежите в больнице. Вам не хотелось бы вернуться домой, заняться чем-нибудь?

Больной: Нет, не хочу. Я здесь останусь.

Вопрос:

1. Определите ведущие симптомы.
2. Ваш диагноз?

4. Больной Л., 26 лет, продавец. Жалобы, адекватные своему состоянию не предъявляет. Из анамнеза известно, что душевнобольных в семье не было. Сразу после рождения перенес тяжелую пневмонию, спустя 3 месяца – повторное воспаление легких. Часто болел простудными заболеваниями. Поздно начал говорить. Воспитывался в условиях повышенной ответственности младшим из двух детей. По характеру сформировался замкнутым, малообщительным, ранимым, мечтательным, обидчивым. В школе учился средне, с 9-го класса отметил сужение круга интересов, прекратил общение с друзьями, так как считал, что у него «плохо пахнет из рта». Тогда же отметил появление сексуального влечения к лицам своего пола. Успешно окончил 11 классов, затем поступил в медицинский ВУЗ. На 3-м курсе отмечался период, когда полностью потерял интерес к учебе, перестал посещать занятия, экзамены сдал лишь благодаря матери, которая фактически «водила меня в ВУЗ за руку». Совершал дважды суицидные попытки – «травился первый раз феназепамом, а второй – клофелином» из-за того, что «у меня не было друга,.. вы понимаете, какого...», чтобы я мог жить половой жизнью...» После окончания ВУЗа некоторое время работал в должности младшего научного сотрудника, вскоре оставил ее, т.к. был недоволен оплатой. Работал грузчиком, затем – продавцом. За неделю до настоящей госпитализации на ногах перенес грипп с высокой температурой, были личные неприятности, после чего появилась бессонница, тревога, метался по квартире, стал негативистичен по отношению к родным, разбил дома зеркала, вызвал полицию, которой заявил, что мать хочет его убить. Спустя несколько дней поехал навестить деда, по дороге зашел в пикет полиции на ст. метро «Пушкинская», откуда звонил в отдел полиции по месту жительства, говорил, что «мать травит бабуку и деда триклосаном». Полицейскими была вызвана мать, по отношению к которой вел себя агрессивно: хамил, оторвал капюшон на пальто. Был госпитализирован в психиатрическую клинику.

Объективно: В неврологическом статусе без очаговой симптоматики. Сознание не помрачено. Основные виды ориентировки сохранены. Продуктивному контакту доступен. В беседе по-прежнему избегает смотреть на собеседника, движения манерные, мимика утрирована, парадоксальна; порой внезапно становится дурашливым, временами резко замолкает, устремляя взгляд вдаль. Фон настроения снижен, эмоционально амбивалентен, парадоксален. реакции возникают по аутохтонным, малопонятным мотивам. Асинтонен. Обманы восприятия отрицает. Сохраняются бредовые построения персекуторного круга и малоценности, идеи интерметаморфозы: «люди все почему-то ходят как солдаты, в одну ногу». По-прежнему считает, что «у меня хлороз, я вижу, как люди все время отодвигаются от меня, чтобы не чувствовать запах изо рта». Мышление замедлено по темпу, с явлениями соскальзываний, паралогики, символизма. Память на текущие события несколько снижена. Фиксирован на болезненных идеях. Критика отсутствует. Чувство дистанции снижено.

Вопросы:

1. Какие психопатологические симптомы описаны в задаче?
2. Ваш диагноз?

5. Больной В., 32 года. Жалобы, адекватные своему состоянию не предъявляет. Анамнез (со слов больного и его матери): Данных о психопатологически отягощенной наследственности нет. Второй ребенок в семье, родился от недоношенной (34-35 недель) беременности. Раннее развитие без особенностей. По характеру сформировался робким, застенчивым, с трудом находил общий язык с коллективом. В школу пошел вовремя. До 6 класса учился хорошо. Начиная с 6 класса учеба перестала вызывать интерес, пропускал занятия в школе. Занятия практически не посещал, с трудом закончил 8 классов, некоторое время нигде не учился. Посещал религиозные собрания в секте. В 15-летнем возрасте летом отмечена первая попытка суицида смесью лекарственных препаратов. В вечерней школе закончил 9-й класс, после чего в течение 8 месяцев занимался неквалифицированным трудом. Работу прекратил без видимых внешних причин: «просто наступила депрессия». Трижды в течение нескольких лет по неясным мотивам совершал попытки суицида смесью лекарственных препаратов, после которых госпитализировался в отделение реанимации с переводом в психиатрическую больницу. Объясняя причину третьей попытки, сообщил, что «почувствовал, как в сердце вошел Бог, а потом оставил». В течение последних 5 лет инвалид 2 группы по психическому заболеванию, бессрочно. В дальнейшем проходил неоднократное стационарное лечение в психиатрических больницах. Обострение отмечалось дважды в год, весной и осенью, проявлялось снижением настроения, суицидальными намерениями, малопонятным для окружающих рассуждением религиозного содержания. Последняя госпитализация – весной около года назад. После окончания стационарного лечения от приема препаратов отказывался. Ухудшение состояния отмечено в течение последнего месяца. Стал вести «ночной образ жизни», выбрасывал вещи, книги, разбил и выбросил аппаратуру. Дома разбил стекла в дверях, зеркала. Часто говорил матери, что в нем «сидит Дьявол, Сатана и руководит», что «Бог равнодушно смотрит на то, как он мучается на этом свете», что «самая заветная мечта – уйти на тот свет». Агрессивен в отношении матери, угрожал ей ножом. Обвинял мать в том, что «укладывает в психушку», что «не дала уйти на тот свет, я уже был там, с Богом, а ты все испортила», «вообще, зачем ты мне родила?».

Психический статус: сознание не помрачено. Внешне беспокоен, совершает множество бессмысленных движений – тербит полы халата, наматывает на пальцы волосы, часто наклоняет голову, заглядывая под стол. Сидит, обхватив руками голову, иногда замолкает и начинает прислушиваться. Контакт доступен формально. На вопросы отвечает после длительных пауз, во время которых сидит с закрытыми глазами, прислушивается. Ответы часто не по существу. Темп речи замедлен. Настроение стойко снижено. Тревожен. Высказывает суицидальные мысли: «я безнадежно больной человек, зачем мне жить?» Темп мышления замедлен, резонерствует, есть явления соскальзывания, амбивалентности. Утверждает, что «не хочу продолжать жить и не хочу войти в смерть». Высказывает идеи отношения, греховности и одержимости. «Все это произошло со мной, потому что меня оставил Бог», «в моем сердце сидит Бес», «у меня в голове все омертвело». Больным себя не считает. Отмечаются явления моторного автоматизма: «если я вспоминаю про Беса, который в моем сердце, то он начинает двигать моими руками». В разговоре частые высказывания религиозного содержания. Есть объективные признаки нарушения восприятия, но сам больной наличие таких явлений отрицает.

Результаты проведенного обследования: ЭЭГ недельной давности – средней тяжести нарушения биоэлектрической активности головного мозга, свидетельствующие о диффузном процессе ирритативного характера с преобладанием в передних отделах, с вовлечением в патологический процесс диэнцефально-стволовых структур, с очагом эпилептиформной активности в левой

височно-теменной области, со снижением и неустойчивостью общего функционального состояния головного мозга. Нельзя исключить резидуально-органический фон выявленных ЭЭГ-нарушений.

Вопросы:

1. Какие психопатологические симптомы описаны в задаче?
2. Ваш диагноз?

6. Больной Б., 21 год. Жалобы на чувство открытости мыслей, звучание голосов внутри головы. Анамнез: (со слов больного, его письма матери) данных о психопатологически отягощенной наследственности нет. От сверстников в развитии не отставал, воспитывался в условиях гипоопеки, по характеру сформировался скромным, малообщительным, обидчивым, ранимым, застенчивым. В школьные годы, а затем и период учебы в ПТУ отличался стремлением к одиночеству, малозаметностью, шумных компаний сверстников избегал, предпочитая держаться в тени. После окончания ПТУ поступил в технический ВУЗ. Заболел остро около года назад: в августе отметил появление беспричинно приподнятого настроения, возникновение ощущения способности «предсказывать будущее». Тогда же стал считать, что ВУЗ, в котором он учится – прикрытие для подготовки сотрудников ФСБ, полагал, что им вдруг заинтересовалась контрразведка из-за его способности «предсказывать будущее». Несколько позже отметил появление ощущения того, что на него «воздействуют» с помощью какой-то аппаратуры для того, чтобы «улучшить», при этом окружающим «открывают» содержание мыслей больного, считал, что этой же аппаратурой у него «вызывали» позывы на мочеиспускание, управляли аппетитом, эмоциями, мыслями. В то же время отмечал, что стали возникать голоса, как правило, комментирующего характера, звучащие внутри головы. Обращал на себя внимание командования малопонятными поступками: «без какой-либо команды наводил порядок, отказывался от приема пищи...». По бредовым мотивам написал заявление на отчисление, считая, что после этого на него перестанут воздействовать. В октябре того же года состояние еще более ухудшилось: стойко снизилось настроение, появились мысли о собственной непригодности к чему бы то ни было, на этом фоне с суицидной целью нанес самопорез левого предплечья. Был направлен психиатрическую клинику. При поступлении предъявлял жалобы на чувство открытости мыслей, вкладывание мыслей, ощущения остановок и наплывов мыслей, звучание голосов в голове, обсуждающих его. Пребыванием в отделении тяготился. Несмотря на проводимую терапию нейролептиками, состояние без существенного улучшения. Критика не сформировалась.

В неврологическом статусе без очаговой симптоматики.

Психический статус: Сознание не помрачено. Основные виды ориентировки сохранены. Контакт формальный. Отмечает наличие слуховых галлюцинаций в виде недифференцированных голосов в голове нелепого содержания с нередкими неологизмами: «заяц, драный заяц гедал..., полканеешь, полканеешь». Временами подозрителен, эпизодически к чему-то прислушивается. Высказывает несистематизированные бредовые идеи воздействия. Мышление с элементами соскальзывания, паралогичности: так, заявляет, что он «должен быть выписан», потому что больше находиться на отделении он не может, а книги читать он не хочет. Свои переживания раскрывает неохотно. Эмоционально тускл, однообразен, мимические реакции неадекватные. Память, интеллект грубо не нарушены. Критика отсутствует. В отделении малозаметен, замкнут, общения избегает, свободное время преимущественно в пределах постели.

ЭЭГ недельной давности – легкие нарушения биоэлектрической активности головного мозга, свидетельствующие о дисфункции дизэнцефальных структур, на фоне начальных проявлений цереброваскулярной недостаточности, без выраженных нарушений общего функционального состояния.

Заключение психологического исследования: нарушения мыслительной деятельности – снижение уровня обобщения, соскальзывания, паралогические, расплывчатые суждения, разноплановость, актуализация латентных признаков. Эмоционально однообразен, амбивалентен. Умеренно выраженное снижение психической работоспособности на фоне сохранности мнестических процессов.

Вопросы:

1. Какие психопатологические симптомы описаны в задаче?
2. Ваш диагноз?

7. Больная О., 54 лет, инвалид II группы. Находится на лечении в психиатрическом стационаре. В отделении мало заметна, необщительна. Большую часть времени ничем не занята, сидит на своей кровати, часто тяжело вздыхает. На лице выражение тоски и тревоги. При беседе с врачом волнуется, слегка дрожит, непрестанно перебирает руками свою одежду. На глазах слезы. Жалуется на подавленное настроение, бессонницу, наплыв бесконечных тревожных мыслей о доме. Жизнь представляется больной ненужной и бесцельной, часто думает о том, что жить не стоит. Вот отрывок из разговора врача с больной.

Врач: почему Вы считаете, что Вы никому не нужны? Дома Вы ведете хозяйство, воспитываете внуков. Вашим детям было бы трудно без Вас.

Больная: внуков, наверное, нет уже в живых... Нет их!

Врач: почему Вы так говорите? Ведь только вчера на свидании у Вас был сын. Он сказал, что дома все в порядке.

Больная: не знаю... Наверное, все погибли. Доктор, что со мной? Сделайте что-нибудь, помогите...

Вопросы:

1. Охарактеризуйте психопатологическое состояние
2. О каком варианте синдрома идет речь?
3. Ваш диагноз?

8. Больной И., 67 лет, поступил в психиатрическое отделение переводом из терапевтической клиники, где находился на лечении в течение 7 дней. Со слов больного и его родственников отличался мягким покладистым характером. На протяжении 20 лет занимал крупные должности в машиностроительной отрасли, пользовался большим авторитетом, имел правительственные награды. В настоящее время сохраняет пост в совете директоров промышленного объединения. Однако женой сразу было указано, что его служебные обязанности во многом формальные, что он полностью не владеет ситуацией на производстве, выполняя в основном представительские функции. Длительное время страдает ишемической болезнью сердца и гипертонической болезнью. Десять лет назад перенес мелкоочаговый инфаркт заднебоковой стенки миокарда. Шесть лет назад перенес трансмуральный инфаркт миокарда. Многие годы злоупотребляет алкоголем. Пьянство носило преимущественно запойный характер, когда несколько недель алкоголь употреблялся ежедневно в больших дозах, затем следовал перерыв 3-4 месяца. В возрасте от 45 до 60 лет имел длительные, по несколько лет, периоды абсолютной трезвости как связанные с противоалкогольным лечением, так и не связанные. Последние шесть лет, после перенесенного инфаркта миокарда, вопреки ожиданиям родственников, алкоголизация существенно усилилась. Периоды

между запоями сократились, а продолжительность самих запоев увеличилась. В последний год отмечено повышение чувствительности к алкоголю - стал пьянеть от 50 – 100 г водки. Появилась неразборчивость в спиртных напитках. Был замечен в употреблении суррогатов алкоголя. Отмечены также значительные личностные изменения, ослабление памяти. Стал безынициативным, безразличным к семье, утратил интерес к окружающей жизни. Появилось слабодушие: временами без причины слезлив, иногда в приподнятом настроении. На работу даже в трезвом состоянии не выходит подряд несколько дней. Незадолго до госпитализации по инициативе родственников был осмотрен психиатром. Основанием усомниться в психическом здоровье пациента у родственников были веские причины. Так, больной дал в долг случайному собутыльнику крупную сумму денег. Находясь дома, имея в распоряжении обычный телефон, истратил за неделю на телефонные переговоры по мобильной связи более \$900. На фоне ежедневной алкоголизации появились жалобы со стороны сердечно-сосудистой системы. Был госпитализирован в терапевтическую клинику.

В переводном эпикризе, в частности указано, что больной был доставлен скорой помощью с диагнозом направления «острый инфаркт миокарда». При поступлении имелись жалобы на боли за грудиной, одышку в покое, головную боль, головокружение. АД: 210/140. При обследовании инфаркт миокарда не был подтвержден. Был установлен диагноз: «Ишемическая болезнь сердца. Атеросклеротический кардиосклероз. Недостаточность кровообращения 2 степени. Гипертоническая болезнь 2 – 3 стадии, алкогольный абстинентный синдром». На 2 сутки лечения антигипертензионными и коронаролитическими средствами боли за грудиной исчезли, одышка заметно уменьшилась, АД стабилизировалось на показателях 180/110. На фоне улучшения соматического состояния на 3 сутки появились повышенное потоотделение, выраженный тремор, суетливое возбуждение. Среди ночи собрал вещи. Заявил, что надо срочно на работу и что его ждет машина. Тихо разговаривал сам с собой. Заявил медсестре, что ему уже несколько раз звонили с работы и из дома по телефону. После внутримышечной инъекции диазепама 0,5% - 4 мл, спал до утра. Днем была нарушена ориентировка: самостоятельно не мог найти столовую и туалет. Дезориентировка в окружающем была отмечена и на следующий день. На пятые сутки лечения в месте, времени и собственной личности ориентировался правильно. Отмечались выраженная астения, апатия. События прошедших двух дней почти не помнил. В последующие дни состояние без существенной динамики. По настоянию родственников согласился на перевод в клинику психиатрии.

При осмотре: Сознание не помрачено. Психотических явлений нет. Память на недавние события ослаблена. По записи на бумаге называет имя врача, профессора и полное название терапевтической клиники. Настроение не снижено. Безразличен к окружающей обстановке, «всем доволен». Считает, что «уже вылечился», но согласен остаться в клинике «как скажет врач». Мимика бедная. Отмечаются элементы идеаторной и моторной заторможенности. В беседе формален, пассивен. На вопросы отвечает преимущественно односложно. Содержанием лечения не интересуется. Критика к своему состоянию отсутствует. Сторонится других больных, время проводит в одиночестве.

Вопросы:

1. Ваше представление о больном?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Каковы действия по оказанию медицинской помощи?
4. Ваши рекомендации по оказанию дальнейшей медицинской помощи?

9. Больной М., 40 лет. Жалобы: на плохое самочувствие, тремор пальцев, слабость, головную боль, беспокойство, бессонницу, «запойное» злоупотребление алкоголем. Наследственность отягощена алкоголизмом отца. Раннее развитие без особенностей. Образование высшее. Женат, имеет дочь 15 лет. В настоящее время работает авиадиспетчером. Впервые попробовал алкоголь в 16-летнем возрасте – выпил в компании одноклассников 250 мл крепленого вина, после чего на фоне опьянения была многократная рвота. До 35 лет алкоголь употреблял умеренно «по праздникам и выходным». Систематически употребляет алкоголь в течение последних 5 лет, с целью «расслабиться, снять напряжение». Пьет преимущественно крепкие спиртные напитки и пиво. Толерантность до 1 литра 40% водки в сутки. Отмечает «провалы в памяти» в состоянии опьянения. В последние два года отметил, что по утрам остро чувствует тягу к алкоголю, «разбитость», тошноту, потливость, дрожание рук, пребывает в плохом настроении, «все раздражает». Эти явления снимаются приемом 100-150 мл водки. Во второй половине дня вновь появляются и нарастают указанные явления. Пытается самостоятельно контролировать потребление алкоголя. В последний год воздерживается от любого алкогольного напитка в среднем около двух месяцев, потом следует «срыв». Указывает, что срыву предшествует «какое-нибудь событие: праздник, встреча с сослуживцами, неприятности по работе и т.д.». Пьет запоем от 3 до 7 дней. Из запоя выходит с медицинской помощью – вызывает на дом врача-нарколога. Последнее употребление алкоголя в течение трех дней до 0,5-0,7 литра водки в сутки.

При осмотре: Состояние удовлетворительное. Лицо отечно, гиперемировано. Выраженный запах алкоголя изо рта. Температура тела 37,1 град. Пульс 98 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 150/100. Тоны сердца ясные, звучные, границы в пределах нормы. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон. Выраженный дистальный гипергидроз, тремор пальцев рук, шаткость походки. Сознание не помрачено. Психотических расстройств нет. Настроение снижено. Контакт продуктивный, отвечает в плане задаваемых вопросов, извиняется, раскаивается. Неусидчив, тревожен, просит быстрее оказать помощь. Мышление без структурных нарушений, темп несколько замедлен. Интеллект в целом сохранен. Критика к своему заболеванию формальная.

Вопросы:

1. Ваше представление о больном?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Каковы действия по оказанию первой врачебной помощи?
4. Ваши рекомендации по оказанию дальнейшей медицинской помощи?

10. Больной У., 38 лет, токарь. Жалобы: на плохое самочувствие, тремор конечностей, отсутствие сна, плохой аппетит, тревогу, страх смерти, ощущения онемения, зуда и жжения в стопах, ощущение стягивания в икрах, боли в ногах при быстрой ходьбе. Наследственность отягощена алкоголизмом отца. Раннее развитие без особенностей. Учился в основном на удовлетворительно. Образование среднее техническое. В настоящее время не работает. Алкоголь употребляет с 15-летнего возраста, регулярно – с 18 лет. Рвотный рефлекс отсутствует с 20 лет. С 23 лет сформирован абстинентный синдром. Отмечает частые амнестические формы опьянения. В состоянии опьянения становится агрессивным, злобным, раздражительным, бьет родную мать, участвует в драках. За хулиганские действия в

пьяном виде был осужден на пять лет лишения свободы с отбыванием срока в колонии строгого режима. В местах лишения свободы заболел туберкулезом легких. В течение последних 2-3 лет страдает тяжелыми запоями, продолжительности до полутора недель. Пьет до сопорозного состояния. Потерян количественный и ситуационный контроль. Толерантность снизилась с 1л до 0,2-0,4 л водки в сутки, при отсутствии денег употребляет суррогаты алкоголя. Абстинентный синдром до 7-8 дней. На высоте абстиненции наблюдались судорожные припадки, психозы. Неоднократно лечился амбулаторно и стационарно. Максимальные ремиссии до 6 месяцев. Последний запой в течение недели, доставлен в клинику родственниками.

При осмотре: состояние средней тяжести. Лицо отечно, гиперемировано. Из рта резкий запах алкоголя. Пульс 120 уд/мин., ритмичный. АД=150/100. Тоны сердца приглушены. Дыхание везикулярное с жестким оттенком. Живот мягкий, умеренно болезненный при глубокой пальпации в эпигастральной области. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Селезенка не пальпируется. Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон. Отмечаются: атрофия мышц нижних конечностей, боли в проекции седалищных нервов, снижение коленных рефлексов. Дезориентирован во времени – не может правильно назвать месяц, дату и день недели. Контакт затруднен, просит «дать ему хоть глоток спиртного, чтобы поправиться». Настроение снижено, легко аффектируется. Гневлив, с элементами вербальной агрессии по отношению к родственникам и врачу. Полностью отсутствует критика к своему состоянию: больным алкоголизмом себя не считает, переоценивает свои профессиональные возможности, хвастлив. Дистанцию не соблюдает. В беседе соглашается только подлечить ноги, так как «с пьянством справится сам». Интеллектуально снижен. Суждения примитивные. Память нарушена. Кроме нарушения ориентировки во времени не может вспомнить события последних дней, адрес родителей, имена сослуживцев по месту последней работы. Мышление замедленно по темпу, без структурных нарушений. Бреда и обманов восприятия не выявляется.

Вопросы:

1. Ваше представление о больном?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Каковы действия по оказанию первой врачебной помощи?
4. Ваши рекомендации по оказанию дальнейшей медицинской помощи?

11. Больной М., 37 лет, сотрудник охрannого предприятия. Жалобы на раздражительность, неустойчивое настроение. Рос и развивался одновременно со сверстниками. Отмечает, что с детства «укачивало» в транспорте, в жару терял сознание. Закончил школу, военное училище. Демобилизовался в возрасте 33 лет по сокращению штатов в звании капитана. Непродолжительное время служил в органах МВД, затем в охрannой фирме. Служба связана с частыми суточными дежурствами. Всегда отличался упрямством, педантичностью, ответственностью, аккуратностью. На все имел свое мнение, с трудом принимает чужую точку зрения. Испытывал трудности в межличностных контактах. По характеру вспыльчивый, угрюмый. Женат, имеет ребенка. Жену ревнует, старается ограничить ее социальные контакты. Неоднократно среди ночи внезапно приезжал домой с дежурства. Объяснял свой приезд надуманным предлогом. Жене было очевидно, что он контролирует ее поведение.

Алкоголь употребляет с 14 лет. Длительное время алкоголь переносил плохо. После незначительных доз часто появлялась головная боль. Вместе с тем, алкоголь в количестве до 150 мл водки употребляет 3-4 в неделю, после дежурства, с целью «расслабиться». Пьет только дома. При употреблении 300 и более грамм водки

появляется фонтанирующая рвота. Характерны эпизоды выпадения памяти на период опьянения. Кроме того, в состоянии опьянения бывает агрессивным, подозрительным.

Накануне вечер проводил с женой и ее подругой. Пили сухое вино и коньяк. Со слов жены выпил около 300 мл коньяка и 500 мл вина. Внезапно выключился из беседы. Взгляд стал отрешенным. Затем с нечленораздельным криком вскочил с места и начал метаться по кухне. «Был просто страшен». На обращенную к нему речь не реагировал. «Как будто нас не видел». Стереотипно выкрикивал одно слово «нет». Начал крушить мебель, бить посуду. Разрушительные действия были хаотичными. Через 10-15 минут обмяк, сел на пол, через минуту упал и заснул. Спал три часа. Не мог понять, что произошло. Категорически отказывался верить, что все сделал он.

При осмотре: Сознание не помрачено. Психотических явлений нет. Настроение ровное. Мышление обстоятельное, вязкое. О себе рассказывает очень осторожно. Обдумывает каждый вопрос. Охотно говорит на отвлеченные темы, например о политике, нравах в обществе. Возбуждается. Категоричен в суждениях и оценках. На сделанный врачом комплимент жене весь напрягся. Напуган тем, что произошло. Заявляет, что с «водкой закончено». От госпитализации отказался.

Вопросы:

1. Ваше представление о больном?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Каковы действия по оказанию первой врачебной помощи?
4. Ваши рекомендации по оказанию дальнейшей медицинской помощи?

12. Больной М., 38 лет. Известно, что больной был снят полицией с пассажирского поезда. Со слов проводника больной сел в поезд в Новосибирске в сильно пьяном состоянии. В поезде пил со случайными попутчиками, постоянно, почти не закусывая, с небольшими перерывами на сон и исключительно водку. Трезвым больного не видели ни разу. При подъезде к Санкт-Петербургу стал возбужденным, кричал, врывался в чужое купе. Из выкриков больного можно было понять, что его «преследует мафия», в поезде «едут террористы», за ним «следят», «хотят убить». Требовал вызвать «специальные войска». Не поддавался каким-либо уговорам успокоиться. По совету одного из пассажиров больному налили стакан водки. Выпив стакан, сразу заснул. Спустя несколько часов проснулся, и заперся изнутри в пустом купе. Во время остановки разбил окно и попытался вылезти наружу. Был задержан.

При осмотре: Лицо отечно, гиперемировано. Лицо и руки в свежих порезах, окровавлены. Пульс 110 уд/мин. АД 160/100. Из рта сильный запах алкоголя. Отмечается генерализованный тремор, горизонтальный нистагм. Продуктивный контакт с больным затруднен из-за психомоторного возбуждения. Правильно называет свои паспортные данные, время, проведенное в пути, пункт назначения. Осознает, что находится в пикете полиции. Кричит, что его хотят убить, «милиция подкуплена». Отказывается принимать лекарства: «в шприце – яд». Внезапно бросился к двери, но остановился. «За дверью кто-то есть, я знаю». Говорит, что видел террористов: «Это были бородатые кавказцы». Описать их внешность не может.

Вопросы:

1. Ваше представление о больном?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Каковы действия по оказанию первой врачебной помощи?

4. Ваши рекомендации по оказанию дальнейшей медицинской помощи?

13. Больной Т., 37 лет. Подполковник. Жалобы: на навязчивые мысли об алкоголе, часто появляющемся желании выпить, неспособность контролировать дозу алкоголя в состоянии опьянения, плохой ночной сон, быструю утомляемость, частую смену настроения, тяжелое похмелье после алкогольного эксцесса с сильной тревогой, страхом смерти, бессонницей.

Рос и развивался без особенностей. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Закончил школу, военный институт и военную академию с отличием. Женат первым браком, детей нет. Служебная характеристика положительная. В медицинской характеристике отмечены случаи обращения по поводу повышенного артериального давления. Себя характеризует как общительного человека, имеющего много друзей. Вместе с тем, указывает, что в последнее время характер стал меняться. Отмечает, что часто «одолевают мрачные мысли», «устал от общения с людьми», «все раздражает». Чувствует постоянное внутреннее напряжение. Тяжело переживает служебные и семейные конфликты. Свое состояние связывает в первую очередь с тем, что не складывается военная карьера (товарищи по военной академии занимают более высокие посты). В качестве других причин своих переживаний указывает на семейные проблемы (вне брака поддерживает отношения с молодой женщиной, но оставить жену не может по морально-этическим соображениям); на материальные проблемы (предлагают хорошо оплачиваемую работу, но не может принять решение уволиться из армии). На фоне отмеченных выше психогенных факторов резко усилилась алкоголизация.

Алкоголь употребляет с 15 лет. С 32 лет алкоголь употребляет 3-4 раза в неделю. Последние два года пьет практически ежедневно с редкими перерывами на 4 –5 дней. Предпочитает крепкие напитки. Толерантность до 1 л водки в сутки. В пьяном состоянии тяга к алкоголю усиливается, становится непреодолимой. После прекращения алкоголизации чувствует себя плохо. На третий день становится лучше, но совершенно отчетливо осознает, что его тянет выпить («мысли заняты выпивкой, прикладываю усилие воли, чтобы не пить»). С утра «трясет», бывает рвота, «пот льет градом». Сообщает, что достаточно малейшего повода, чтобы снова выпить. При этом в расчет не берутся ни служебные, ни семейные обстоятельства. Имели место случаи невыхода на службу, которые объяснял не пьянством, а простудными заболеваниями. Пытался пить не водку, а пиво. Однако очень быстро суточное потребление пива доходит до 7-8 бутылок. После пива похмелье оказывается еще более тяжелым. Указывает, что пьянство существенно отражается на благополучии семьи, но ничего сделать не может. Относительно давно понял, что «болен алкоголизмом». За помощью не обращался, опасаясь организационных выводов.

Настоящее обращение связано с тем, что отметил утяжеление похмелья. Появился страх «сойти с ума», «умереть». Стало казаться, что: «все видят, что я пью»; «ко мне по-особому относятся, не считают за человека»; «против меня плетутся интриги... хотят подставить». Появлялись мысли, что прослушивается телефон. При этом понимает, что эти опасения, скорее всего напрасные, а тревога обусловлена похмельем. В трезвом состоянии осознает малую обоснованность своих опасений. Более того, все жизненные проблемы перестают казаться неразрешимыми. За медицинской помощью обратился добровольно. Последнее употребление алкоголя три дня назад.

При осмотре: Сознание не помрачено. Признаков алкогольного опьянения нет. Отмечается тремор пальцев, повышенная потливость. Пульс 92 уд/мин. АД 150/90. Психотических нарушений нет. Настроение снижено. Фиксирован на служебных и семейных проблемах. Мышление логичное, последовательное. Интеллект соответствует полученному образованию. О себе рассказывает откровенно, подробно. Соглашается, что надо лечится, но беспокоится о том, как отразится госпитализация на военной карьере.

Вопросы:

1. Ваше представление о больном?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Каковы действия по оказанию первой врачебной помощи?
4. Ваши рекомендации по оказанию дальнейшей медицинской помощи?

14. Больной Н., 24 года. Многочисленные жалобы на головную боль, тошноту, плохой сон, слабость. Кроме того, Н. заявил, что ему «кажется» возможность развития у него инфаркта или инсульта, как было у его бабушки в 72 года. При последующих многочисленных амбулаторных и стационарных обследованиях никакой соматической патологии выявлено не было. В процессе общения с Н. выяснилось, что он с детства отличался застенчивостью, склонностью к тревожным опасениям, повышенной впечатлительностью, неуверенностью в себе, боязливостью. Рос и воспитывался единственным ребенком в семье педагогов. С детства был окружен вниманием и заботой. Никаких серьезных психотравмирующих событий в памяти не отложилось. Вспоминает, что долгое время боялся темноты, опасался незнакомых людей, новых впечатлений. С детства верил в различного рода приметы, например, чтобы избежать плохой отметки, в школу ходил только определенной дорогой, по лестнице поднимался, переступая через ступеньку, во время экзамена всегда брал билет левой рукой и т.п. Всегда был склонен к сомнениям в правильности своих суждений и поступков, в оценке людей, был нерешителен в выборе линии своего поведения. Закончив ВУЗ, поступил на работу. В новом коллективе под влиянием новых, далеко не всегда положительных, впечатлений декомпенсировался, вследствие чего появились перечисленные выше изменения в самочувствии.

Вопросы:

1. Какие психопатологические симптомы описаны в задаче?
2. Ваш диагноз?

15. К семейному врачу обратилась служащая части по поводу «странностей» своего отца, 65 лет. По рассказам матери и бабушки, отец с детства отличался замкнутостью, активному общению со сверстниками предпочитал тихие уединенные занятия. В школьном возрасте проявил большие математические способности, в связи с чем был переведен в специальную математическую школу, однако к обыденной жизни, несмотря на нормальное воспитание, практически не был приспособлен: не мог разогреть суп, ставил сахарницу в холодильник, одевал разного цвета носки и т.д. Никогда не участвовал в коллективных играх, не любил новых знакомств, все свободное время проводил за чтением или склеиванием различных моделей. По окончании школы поступил сразу в два вуза, за время учебы и в дальнейшем запатентовал несколько рационализаторских открытий. В период ухаживания понравился своей будущей супруге начитанностью, интеллектуальной одаренностью, а на «некоторую чужаковатость» она старалась не обращать внимания. К появившимся в семье детям относился холодно, выполнял обязанности отца формально, переложив воспитание детей полностью на плечи матери. Категорически не принимал и не

принимает никакого «внедрения» в личную жизнь, все делает по своему только ему понятному стереотипу (например, воду из-под каждой вымытой тарелки выносит выливать в унитаз, чтобы «не засорилась раковина», в результате чего процесс мытья посуды затягивается на несколько часов), причем, увлекаясь, нередко разговаривает сам с собой. Никогда не ходит вместе с супругой в гости, в общественные места, предпочитая сидеть дома и смотреть телевизор. Несколько лет назад родители собирались сделать дачу, и отец начал собирать различный стройматериал: гвозди, доски, оконные рамы. В скором времени от идеи постройки дачи отказались, но он все равно продолжает «для детей и внуков» приносить в дом различные гайки, шурупы, остатки старой мебели, в результате чего одна из комнат в квартире «превратилась в склад». На замечания и критику в свой адрес не реагирует, при попытке окружающих сделать что-либо против его воли (выбросить доски, самим помыть посуду) аффектируется, активно защищает свое «добро».

Вопрос:

1. Ваш диагноз?

16. Гражданка Б., 36 лет, поступила в клинику для прохождения судебно-психиатрической экспертизы. Являясь профсоюзным казначеем, несколько лет систематически присваивала общественные деньги. После разоблачения, категорически отрицая свою вину, стала демонстрировать картину псевдодеменции. При простейших вопросах Б. долго раздумывала над ответом, с большим трудом отвечала, сколько будет «3 x 3» и «5 x 5». Часто Б. говорила: «На этот вопрос я ответить не могу», хотя некоторое время до этого на аналогичный вопрос давала верный ответ. При проверке интеллектуальных возможностей Б. старалась вызвать жалость отчаянием по поводу своей умственной неполноценности, часто начинала рыдать. Любая попытка напомнить о ее вине вызывала сильное раздражение и злость.

Из собранного с помощью родственников и сослуживцев анамнеза стало известно, что Б. с детства отличалась капризностью, экстравагантностью, театральностью в поведении, всегда стремилась привлекать к себе как можно больше внимания. В погоне за признанием нередко предавалась таким выдумкам и фантазиям, что совершенно не заботилась о правдивости рассказываемых ею историй. Так, обучаясь в художественном училище, нередко пропускала занятия, объясняя это тем, что «ездила к бабушке в Самарканд, а там тяжело переболела тифом», «была укушена змеей, после чего кожа пластами сползала с тела» и т.п. Никогда не имела постоянных друзей, всегда предпочитала общаться с теми, кто ею восхищался. С детства не терпела, чтобы ей в чем-либо отказывали, при невозможности получить желаемое, устраивала «сцены» с рыданиями, обмороками, демонстрацией сердечных приступов. В быту она также была человеком с большими претензиями, старалась, чтобы в доме у нее все было добротнее, комфортабельнее и красивее, чем у других. Это требовало больших расходов, и в итоге привело к хищениям общественных денег.

При психическом обследовании расстройств восприятия, памяти и мышления не обнаружено.

Вопрос:

1. Ваш диагноз?

17. Больной М., 18 лет, направлен на обследование в связи со странностями в поведении. Из благополучной семьи, не болел. С раннего детства обращал на себя внимание обособленностью, замкнутостью, стремлением к одиночеству. Проявлял агрессивность к детям, мучил животных. В школьные годы отличался необычностью

и серьезностью увлечений, отсутствием интереса к общественной жизни, не продуктивно занимался созданием собственной системы самоусовершенствования. Работал разнорабочим, безразлично относился к своим обязанностям, общался с коллегами избирательно, нарушал дисциплину, свои поступки не стремился объяснить. Периодически надолго уходил из дома то «для обдумывания научно-технических проблем», то для чего-то развел костер возле склада горючего. На замечания не реагировал. При обследовании в психиатрической клинике мало интересовался окружающим, был крайне замкнут, держался отгороженно от больных. Занимался обдумыванием абстрактных проблем. Безразлично относился к своей судьбе. Бреда и галлюцинаций не выявлял.

Вопрос:

1. Ваш диагноз?

18. Больной Н., 32 года, направлен на обследование в связи с конфликтностью, оспариванием решений начальства, подозрительностью, «кругом видит недостатки, преувеличивает собственные возможности, стремится, чтобы все поступали только так, как он хочет». Анамнез без особенностей. Рос и развивался обычно. Окончил школу, технический ВУЗ. После окончания ВУЗа работал по специальности, сначала характеризовался положительно, однако отмечались упрямство, прямолинейность, отсутствие гибкости. В последующем появились переоценка собственной личности, подозрительность, нетерпимость к подчиненным, категоричность в суждениях, абсолютная убежденность в собственной правоте, не принимал никаких поправок извне, стенично добивался своего. По любому поводу писал жалобы вышестоящему руководству, на полученные ответы не успокаивался и подавал новые жалобы. Несмотря на длительные беседы с ним продолжал прежнее поведение. Мелочно регистрировал «ущемление» своих прав, добивался своей правоты. При обследовании: отказывался от госпитализации, считал себя здоровым, утверждал, что против него устроен заговор, во главе которого стоит его руководитель, который не борется с недостатками. Находил много недостатков в работе медицинского персонала, настаивал на выписке, был недоволен лечащим врачом. Бреда и галлюцинаций не обнаруживал. Обещал со всеми разобраться кто враждебно к нему относится. Критика к поведению отсутствует.

Вопрос:

1. Ваш диагноз?

19. Рядовой К., 18 лет. Направлен на обследование в связи с тоской по дому, разочарованием в военной службе. С детских лет отличался неустойчивостью, отсутствием постоянства в склонностях, увлечениях, привязанностях, занятиях. Редко когда доводил начатое дело до конца. Жил одним днем, всегда стремился к развлечениям, получению легких удовольствий. Слабоволен, подчиняем, внушаем, нуждается в постоянном контроле и опеке. До службы в армии вел легкомысленный образ жизни, не задумывался о будущем. В армию шел с охотой, однако быстро разочаровался, служба показалась очень тяжелой хотел убежать домой. На командиров производил впечатление легкомысленного, поверхностного, несерьезного солдата, искал защиты у старослужащих, легко давал обещания, но не выполнял их. В отделении контактен, ориентирован. Настроение неустойчивое. Обманов восприятия и бреда не обнаруживает. Обстановкой тяготится. Откровенно просит отпустить его домой. Реальных планов на будущее не строит, в своем поведении недостатков не видит. Нет самостоятельности, твердых социальных установок.

Вопрос:

1. Ваш диагноз?

20. Больной М., 18 лет. Направлен на обследование в связи с частыми нарушениями дисциплины, неупорядоченным поведением, грубостью, неподчинением. Воспитывался в неблагополучной обстановке, в семье часто возникали ссоры, конфликты, не выполнял указаний родителей, убегал из дома, участвовал в драках, попадал в полицию. Сформировался равнодушным, бессердечным, безответственным. Всегда считал себя правым, во всех своих неприятностях обвинял окружающих. В школе учился по принуждению, домашние задания выполнял недобросовестно, уроки прогуливал или срывал, пререкался с учителями. После 9-го класса школу бросил, не работал, время проводил в уличной компании. С 14-15 лет начал курить, употреблять алкоголь. Себя характеризует вспыльчивым, упрямым («добьюсь своего любой ценой»). Высокомерно относился к окружающим, грубил старшим. Несмотря на частые конфликты с окружающими, в поведении не менялся. Издевался над младшими, но своей вины никогда не признавал. Легко аффектировался, проявлял возбудимость, агрессивность. В клинике нарушал распорядок, не считался ни с какими нормами, отрицал факты, приведенные в характеризующих документах, дрался с больными, требовал себе особых условий. Бредовые и галлюцинаторные переживания не выявлял, критика к поведению недостаточная.

Вопрос:

1. Ваш диагноз?

21. Больной Р., 19 лет. В детстве практически не болел. Учился удовлетворительно, друзей не имел. По характеру сформировался нерешительным, впечатлительным, склонным к опасениям, сомнениям. Долго переживал неудачи, боялся трудностей, принятия самостоятельных решений. Приняв решение, длительно сомневался в его правильности, избегал самостоятельности. Поступил в ВУЗ на факультет государственного и муниципального управления, чтобы не огорчать мать, но не представлял, как будет руководить подчиненными. В процессе учебы не справлялся с нагрузками, терялся в сложной обстановке, «не хотел быть на виду». Настроение колебалось в сторону снижения, по вечерам долго не мог уснуть, анализировал события прошедшего дня, вспоминал все обиды и неприятности. Неуверенность и скованность объяснял ожиданием насмешек, провокационных вопросов, собственных ошибок, нежеланием утратить авторитет у однокурсников. Считал, что приспособливаться к шаблону проще, чем найти себя в новом деле. Не переносил несправедливость, поручения стремился выполнить добросовестно, скрупулезно, но не укладывался в сроки. При обследовании обратил на себя внимание замкнутостью, повышенной чувствительностью, тревожной мнительностью, постоянными сомнениями и колебаниями, пассивной защитой и стремлением избегать трудности. Из-за особенностей характера считал себя абсолютно не пригодным к воинской службе. Бред и галлюцинации не выявлял.

Вопрос:

1. Ваш диагноз?

22. Больная Р., 41 год. Жалобы на сниженное настроение, периоды тоскливости, навязчивые воспоминания и представления психотравмирующего характера, плаксивость, «безразличие», поверхностный сон, сновидения неприятного содержания. Из анамнеза: Родная сестра погибла в результате суицидной попытки, до этого в течение 10 лет страдала психическим заболеванием. Родилась в семье служащих

вторым ребенком от нормальной беременности. Мать отличалась властным характером, строгим отношением к детям. Воспитывалась в условиях гиперопеки. Успешно училась в школе. Кроме того, занималась в музыкальной школе, участвовала в общественной работе, среди сверстников была лидером. Сформировалась общительной, эмоциональной, но, в то же время, обязательной, целеустремленной. Окончила педагогический институт. Работала по специальности, в последние годы занималась предпринимательской деятельностью. В 20 лет вышла замуж. От первого брака, который продолжался 12 лет, имеет двух сыновей. В течение последних восьми лет – второй брак. В течение короткого времени перенесла ряд психотравм. За полтора месяца до обращения муж был «зверски убит», когда один находился в квартире. 14-летнего сына подозревали в причастности к преступлению, периодически задерживали и допрашивали в полиции в течение месяца. Спустя две недели после гибели мужа мать больной попала в ДТП, в тяжелом состоянии находилась в реанимации. В этот же период незнакомые лица систематически «угрожали по телефону». После убийства мужа «все стало безразлично, даже сын... спокойно смотрела как его забирали в полицию, был безразличен свой внешний вид», испытывала периоды тоскливости, «ноющей тоски в груди». В этот период, несмотря на угрозы по телефону, «смело ходила в темноте, было все равно». После гибели мужа принимала амитриптилин, до 6 табл. в сутки, снотворное, но положительного эффекта не отмечала. Переехала к родственникам, с которыми «чувствует себя легче».

При осмотре. Подавлена. Сидит, ссутулившись. Мимика скорбная. Говорит тихим, периодически дрожащим голосом. Во время рассказа о происшедших событиях плачет, рассказывает о них не охотно. Мышление последовательное. Суждения отличаются поверхностным характером. Не видит реальных перспектив, полностью поглощена своими переживаниями. Суицидные мысли при осмотре отрицает.

Вопросы:

1. Ваш диагноз и лечебная тактика?
2. Чем можно объяснить отсутствие эффекта от приема амитриптилина?

23. Больной В., 24 года. Сержант, военнослужащий по контракту. В зоне боевых действий находится восемь месяцев. За три дня до поступления в медицинский пункт во время минометного обстрела расположения подразделения укрылся в блиндаже, где уже находились несколько человек его взвода. Со слов очевидцев, «когда оглушительный взрыв потряс блиндаж и сверху из перекрытия посыпались земля и песок, В. рванулся к выходу, но тут же присел и остался в таком положении остался недвижимо». В медицинском пункте сидит неподвижно, молчит, не обращает внимания на других, иногда внезапно вскакивает, собирает свои вещи, пытается уйти из палатки.

Был направлен в психиатрическое отделение госпиталя. На 10-й день после случившегося правильно ориентировался в месте, называл имя, отчество, фамилию, дату. Не помнил, что с ним случилось, и почему направлен и когда поступил в отделение. Жаловался на тяжесть в голове, общую слабость. Отмечались вялость, подавленность, тревожный сон. Постепенно состояние улучшилось, через две недели от начала болезни полностью восстановилась работоспособность.

Вопрос:

1. Ваш диагноз?

24. Больная М., 32 года. Во время госпитализации в психиатрический стационар окружающую обстановку принимала за санаторий в Крыму, а больных – за отдыхающих друзей.

Известно, что в день госпитализации муж больной неожиданно вернулся домой и застал супругу с молодым человеком. В этот момент больная резко побледнела, встала с дивана, влезла на журнальный столик, дрожа и ежась, кутаясь в халат, сказала мужу: «Ну, что же ты стоишь! Разве не видишь, что я замерзла, дрожу. Поддай мне скорее купальное полотенце и возьми ракетки. Больше не останемся на пляже, пойдем играть в теннис». На 2-й день муж справился о здоровье больной. На 3-й день пришел проведать свою жену, которая «сошла с ума от нервного потрясения» и этим искупила свою вину, принес ей фрукты и пирожное, просил ее есть. На 4-й день больная вышла из болезненного состояния и помнила, что вечером была дома, а потом вдруг очнулась в психиатрической больнице. Как она в нее попала, что с ней было и сколько времени она в ней пробыла, не помнила.

Вопрос:

1. Ваш диагноз?

25. Больная Т, 44 года. При поступлении предъявляла жалобы на сниженное настроение, повышенную напряженность, чувство внутренней напряженности, ощущение кома в горле, головокружение, головную боль, нарушения сна.

Из анамнеза: наследственность психопатологически не отягощена. Раннее развитие без особенностей. Воспитывалась в неполной семье (мать умерла вскоре после рождения больной), второй ребенок. Закончила 11 классов, затем техникум (бухгалтер). Замужем. По характеру «жесткая, склонная переживать «все в себе». Последние несколько лет менструации носят нерегулярный характер, с отсутствием их до 2-3 месяцев. Причиной своего состояния считает ряд последовательных психотравмирующих ситуаций в течение последних двух лет – смерть отца, брата, свекрови. В октябре прошлого года в результате автокатастрофы во время служебной поездки погибла ее сотрудница, временно заменявшая больную. Была потрясена случившемся; осознанием того, что это она должна была находиться в этой машине. Вскоре развился страх перед служебными поездками, возникали навязчивые мысли о возможной автокатастрофе и т.д. Снизилось настроение, нарушился сон, преимущественно за счет длительного засыпания. Вскоре стало возникать ощущение удушья, появились мысли по поводу возможного соматического заболевания. Стала развиваться вторичная ипохондрическая фиксация. По этому поводу обращалась к эндокринологу, ЛОР-специалисту. Снижение настроения приняло стойкий характер.

При поступлении: общее состояние удовлетворительное. Со стороны внутренних органов без актуальной патологии. АД 100/60 мм рт ст. Пульс 82 в мин, ритмичный. Нервная система - без очаговой симптоматики. Сознание не помрачено, бреда, обманов восприятия нет. Настроение снижено, эмоционально лабильно. Фиксирована на своем состоянии, соматических заболеваниях. Выявляется астеническая симптоматика.

Рентгенография поясничного отдела позвоночника в 2-х проекциях от 08.02.99: определяется выпрямление лордоза, правосторонний сколиоз, умеренно выраженные деформирующие спондилеза и остеохондроза (L5 -S 1).

Вопрос:

1. Ваш диагноз?

26. Больная Э., 29 лет. При поступлении предъявляла жалобы на повышенную раздражительность, плаксивость, неустойчивое настроение, нарушенный сон, сновидения «кошмарного» характера.

Из анамнеза: наследственность психопатологически не отягощена. Раннее развитие без особенностей. Отец «был очень правильным, требовательным, жестким, больше любил меня, чем сестру». Мать – педантичная, требовательная, эмоциональная, любящая. С 11-летнего возраста, после того как умер отец, воспитывалась матерью. В школу пошла в 7 лет, училась практически только на «отлично», школу окончила с «серебряной» медалью. В коллективе была неформальным лидером. Сформировалась общительной, впечатлительной, эмоциональной, мнительной, любила фантазировать, при этом во многом зависимой от чужого мнения. В 13-летнем возрасте познакомилась со своим будущим мужем (старше почти на 10 лет), который почти сразу после знакомства «решил, что мы поженимся». Кроме как с будущим мужем, с другими мужчинами не встречалась. Замуж вышла в 17 лет. Муж на второй день после свадьбы «побил, так как я плакала, что хочу домой», в семье установил «домостроевские» порядки, например, без объяснений запретил продолжать обучение в институте. Семья проживала с матерью мужа и его отчимом, где были частые скандалы, а «я была самой бесправной». В 17 лет родила дочь. После рождения ребенка несколько дней постоянно плакала. К ребенку в первые два года «испытывала мало чувств, наверное сама еще была ребенком». Никогда не работала, домохозяйка.

Считает себя больной в течение последних двух лет, когда впервые возникли и стали прогрессировать вышеуказанные жалобы на фоне ухудшения внутрисемейных отношений и участвовавших конфликтов. Ревнива. На фоне ухудшения внутрисемейных отношений, с целью привлечь внимание к себе и имеющимся проблемам, неоднократно возникали алкогольные эксцессы, принимала различные лекарственные препараты. В том числе, имели место суицидальные тенденции (со слов, 4 суицидные попытки, последние 3 по демонстративному варианту). Менструации с 13 лет, до родов отличались выраженной болезненностью. Б - 4. Р - 1. А - 3. Половая жизнь с 16 лет, никогда оргастических ощущений не испытывала, к интимным отношениям относится как к «обязанности... но стараюсь играть роль, так чтобы муж не заметил».

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Особенности структуры личности больной?

27. Больная К, 41 год. При поступлении предъявляла жалобы на сниженное настроение, апатию, отсутствие интереса к жизни, наличие мыслей суицидной направленности, повышенную утомляемость, нарушения сна.

Из анамнеза: наследственность психопатологически не отягощена. Раннее развитие без особенностей. По характеру сформировалась целеустремленной, с развитым чувством долга, требовательной к себе и другим. Закончила техникум. В настоящее время – ведущий специалист строительного управления. Во время учебы в техникуме познакомилась с будущим мужем, с которым через 5 лет был заключен официальный брак. Сыну 29 лет, проживает отдельно. Недавно неожиданно для больной муж поставил ее перед фактом своего ухода из семьи, т.к. он уже длительное время состоит в гражданском браке с другой женщиной, являвшейся его секретаршей, возраст 38 лет. Была потрясена этим известием. По ее словам, «это была полная неожиданность». До этого считала их отношения хорошими, основной своей обязанностью считала поддержание домашнего порядка, уюта. Говорит, что

«лишилась смысла жизни», пропал интерес к домашним делам, работе. («Перестала понимать зачем все это надо».) Устойчиво снизилось настроение, нарушился сон («Приходила в пустую квартиру, садилась и плакала»). За несколько дней до госпитализации в отделение неврозов совершила суицидную попытку – на фоне приема нескольких таблеток феназепама, открыла газ на кухне с целью отравиться. По ее словам, преследовала именно суицидные цели: предварительно все обдумав, написав прощальную записку и т.д. Была случайно обнаружена мужем и доставлена в токсикологический центр. Через 2 дня, по собственной просьбе, выписана домой. Обратилась за помощью к психиатру. Решение о госпитализации приняла, во многом, под влиянием близких.

При поступлении: общее состояние удовлетворительное. Сознание не помрачено. Ориентировка сохранена. Сидит в одной позе, выглядит подавленной. Настроение стойко снижено. Фиксирована на своих переживаниях, психотравмирующей ситуации. Стремится «выговориться», при этом плачет. Мышление несколько замедленно по темпу, структурных нарушений нет. Достаточно критична к своему состоянию, объясняет его «утратой смысла жизни». Умеренные явления астении в виде повышенной истощаемости по ходу беседы, вегето-сосудистой лабильности (тремора рук, гипергидроза ладоней). Настроена на лечение, считает, что «надо пережить это состояние».

Вопрос:

1. Ваш диагноз?

28. Больная М, 33 года. При поступлении предъявляла жалобы на сниженное настроение, частые головные боли, повышенную отвлекаемость внимания, бессонницу.

Из анамнеза: наследственность психопатологически не отягощена. Раннее развитие без особенностей. До 25 лет считает себя «практически здоровой». После окончания училища работала кассиром, продавцом. Характеризует себя как общительную и «ужасно мнительную». Замужем с 20-ти лет, имеет сына 12-ти лет. Отношения в семье характеризует как удовлетворительные. Примерно 8 лет назад неожиданно «стало плохо» - почувствовала общую слабость, «дурноту», появились тревога, внутреннее беспокойство. Второй раз подобный эпизод произошел через год, во время поездки в поезд. Появились навязчивые опасения по поводу своего здоровья, боязнь повторного «приступа» и т.п.: лет назад без видимых причин, возникли головные боли распирающего характера, которые могут длиться от нескольких часов до нескольких суток. Периодичности в их возникновении не отмечает. В промежутках между болями - «ощущение несвежести в голове». На этом фоне усилились навязчивые опасения, появился «страх смерти» - «лопнет какой-нибудь сосуд», периодически стали возникать состояния внутреннего беспокойства, тревоги, сопровождающихся одышкой, сердцебиением, слабостью. Стала бояться поездок в общественном транспорте, особенно в метро, а также оставаться одной. В последнее время к имеющейся симптоматике присоединились периодически возникающие головокружения, забывчивость, нарушения сна. Самостоятельно приняла решение о необходимости госпитализации.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Ведущий синдром?

29. Больной Г, 50 лет. Из анамнеза наследственность психопатологически не отягощена. Раннее развитие без особенностей. По характеру сформировался

впечатлительным, обидчивым, требовательным к окружающим. После окончания военного училища проходил службу на офицерских должностях. 10 лет назад получил множественные травмы в ДТП, в том числе ЗЧМТ с потерей сознания. 9 лет назад уволился из рядов ВС по болезни. Женат вторым браком, проживает с супругой и ее сыном от первого брака в коммунальной квартире. Отношения в семье сложные. Страдает мочекаменной болезнью, ГБ II ст., деформирующим артрозом левого коленного сустава. В течение 4-х лет отмечает снижение потенции, по поводу которого амбулаторно лечился у уролога с удовлетворительным эффектом. В течение последнего года испытывал значительные перегрузки, сопровождающиеся психоэмоциональным напряжением и постоянными нарушениями режима труда и отдыха. Примерно за последние два месяца у больного произошел ряд психотравмирующих ситуаций: получил сообщение о том, что его сыну от первого брака поставлен диагноз шизофрения; кража крупной суммы денег приемным сыном; ухудшение отношений с женой. Снизилось настроение, высказывал мысли депрессивного и суицидного содержания; появилось чувство тоски, внутреннего беспокойства; ощущение своей ненужности. Ухудшился аппетит, сон. Еще больше снизилась потенция, стал безынициативным, появились боли в области сердца, поясницы. Был направлен к психиатру.

В результате проводимой терапии состояние больного улучшилось: нормализовались настроение, сон; практически исчезли мысли депрессивного содержания. Стал более активным, общительным. Сохраняются, незначительно выраженные, явления повышенной физической и психической истощаемости, а также обстоятельность, застреваемость.

Вопрос:

1. Ваш диагноз?

30. Больная В., 33 года. При поступлении предъявляла жалобы на неустойчивое, преимущественно сниженное настроение, наличие пароксизмально возникающего страха смерти, сопровождающегося неприятными ощущениями в области сердца и учащенным сердцебиением, головокружение, нарушения сна.

Из анамнеза: наследственность психопатологически не отягощена. Воспитывалась матерью, характеризует ее как строгую и в то же время «баловавшую ее». Мать с 30-летнего возраста беспокоят «какие-то страхи». С детства любила быть в центре внимания, в то же время считает себя мнительной. При отказе на ее просьбы – бурное психомоторное реагирование со слезами, киданием вещей и т.д. В школе была «драчунья», «делала пакости» учителям. В 15-летнем возрасте, в нетрезвом виде, была изнасилована. 11 лет назад вышла замуж, «по расчету». Отношения с мужем характеризует как «дружеские». Сексуальная жизнь с ним не удовлетворяет. Детей нет. Не работает. Около двух лет назад на фоне очередного скандала с мужем появились неприятные ощущения в области сердца, чувство нехватки воздуха, страх смерти. В дальнейшем подобные состояния стали повторяться, преимущественно при психоэмоциональном напряжении. Последние три года – страхи практически каждый день, чаще при поездках на транспорте. Постоянно употребляла феназепам (около 3 таблеток в сутки). Неоднократно обращалась за мед. помощью. Дважды проходила лечение в НМИЦ (НИПНИ) им. В.М. Бехтерева, без значительного улучшения.

Психический статус: без психоза и грубых интеллектуально-мнестических расстройств. Рассеяна, заторможена, что связывала с предшествующей медикаментозной терапией. Настроение неустойчивое, преимущественно сниженное. В своих жалобах демонстративна, ищет сочувствия. Претенциозна. Считает «виноватым» «свой дурацкий характер». Фиксирована на ухудшении своего состояния. Суждения

аффективные, непродуманные, незрелые. Поведение упорядоченное, к своему состоянию формально критично.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Ведущий синдром?
3. Особенности личности?

Практические задания

1 – 30. Обследуйте больного (ФИО _____, отделение _____, палата _____).
Поставьте и обоснуйте диагноз. Проведите дифференциальную диагностику. Сделайте
диагностические и лечебные назначения. Оцените объем реабилитационных и
психопрофилактических мероприятий, необходимость военно-врачебной (медико-
социальной) экспертизы.

Перечень основной и дополнительной учебной литературы

№ п/п	Заглавие	Назначение	Автор(ы)	Издательство	Год издания	Электронный адрес
Основная						
1	Военная психиатрия	Учебник для слушателей ВМедА	под ред. В.К. Шамрея, А.А. Марченко	СПб.: Литография СПб	2015	
2	Психиатрия. Национальное руководство. Краткое издание	Национальное руководство для врачей-психиатров, наркологов и др.	под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова	М.:ГЭОТАР-Медиа	2012	www.klex.ru/f29
3	Практикум по военной психиатрии	Учебно-методическое пособие	под ред. В.К. Шамрея, А.А. Марченко	СПб.: ВМедА	2017	
Дополнительная						
4	Избранные лекции по клинической, экстремальной и военной психиатрии	Учебное пособие	под ред. В.К. Шамрея	М.: ООО «Пагри-Принт»	2007	
5	Клиническая фармакология по Гудману и Гилману. Серия «Классика современной медицины»	Монография	под общей ред. А.Г. Гилмана. Пер. с англ. под общей ред. к.м.н. Н.Н. Алипова	М., «Практика»	2006	
6	Психические расстройства в экстремальных условиях и их медико-психологическая коррекция. [Электронный ресурс]	Статья	Кржечковский А.Ю.	Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. N3.	2011	http://medpsy.ru
7	Медико-психологическая реабилитация лиц, страдающих аддиктивной патологией, коморбидной с посттравматическим стрессовым расстройством	Учебно-методическое пособие	Шамрей В.К., Шпилея Л.С., Софронов А.Г. и др.	СПб.: ВМедА	2007	

8	Многоосевая диагностика аддиктивных расстройств, коморбидных с посттравматическими стрессовыми расстройствами	Учебно-методическое пособие	Костюк Г.П., Лыткин В.М., Марченко А.А. и др.	СПб.: ВМедА	2007	
9	Суицидология: вопросы клиники, диагностики и профилактики	Монография	Нечипоренко В.В., Шамрей В.К.	СПб.: ВМедА	2007	
10	Духовно-нравственная и социальная реабилитация комбатантов с аддиктивными расстройствами, коморбидными с посттравматическим стрессовым расстройством	Учебно-методическое пособие	Шамрей В.К., Шпиленья Л.С., Рустанович А.В. и др.	СПб.: ВМедА	2007	
11	Психосоматический фактор в исходах экстремальных ситуаций	Монография	Симоненко В.Б., Магаева С.В., Фисун А.Я.	Бином	2014	
12	Становление и развитие военной психиатрии и неврологии	Учебное пособие	Чудиновских А.Г.	СПб.: ВМедА	2008	
13	Профессора кафедр психиатрии и нервных болезней Военно-медицинской (Медико-хирургической) академии	Монография	А.Г. Чудиновских, В.К. Шамрей, М.М. Одинак	СПб.: ВМедА	2011	
14	Психиатрия войн и катастроф	Руководство для врачей	под ред. В.К. Шамрея	СПб.: ВМедА	2013	