

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ

**ТЕТРАДЬ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ
К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ
по психиатрии, наркологии
для студентов
IV курса стоматологического факультета**

Студента (ки) 4 курса
стоматологического
факультета

Ф.И.О.

Время курации:

с «___» _____ 201__ г.

Группа № _____

по «___» _____ 201__ г.

Преподаватель

Ф.И.О.

г. Краснодар 201__ г.

УДК 616.89+616.89-008.441.33](075.4)
ББК 56.14Я73
Т 37

Составители:

Бойко Е.О., д.м.н. зав.кафедрой психиатрии ФГБОУ ВО КубГМУ
Минздрава России
Ложникова Л.Е., к.м.н. доцент кафедры психиатрии ФГБОУ ВО КубГМУ
Минздрава России
Зайцева О.Г., к.м.н. доцент кафедры психиатрии ФГБОУ ВО КубГМУ
Минздрава России

Под редакцией **Бойко Е.О**

Рецензенты:

Зав.кафедрой психиатрии ФПК и ППС
ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России
д.м.н., профессор

В.Г Косенко

Профессор кафедры
фундаментальной и клинической биохимии
ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России
д.пед.н.

Т.Н.Литвинова

«Тетрадь для практических занятий по психиатрии, наркологии»:
Краснодар, ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, 2015 – 48 стр.

«Тетрадь для практических занятий по психиатрии, наркологии» по специальности 060201 СТОМАТОЛОГИЯ составлена на основании ФГОС-3 ВПО по направлению подготовки (специальности) 060201 СТОМАТОЛОГИЯ (квалификация (степень) «специалист»), утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 14 января 2011 г. № 16 и учебного плана по направлению подготовки (специальности) 060201 СТОМАТОЛОГИЯ.

Рекомендованы к печати ЦМС ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России
протокол № 4 от 07 декабря 2015г.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Самостоятельная работа студентов (СРС) наряду с аудиторной представляет одну из форм учебного процесса и является существенной его частью, которая предназначена не только для овладения дисциплиной, но и для формирования навыков самостоятельной работы вообще, в учебной, научной, профессиональной деятельности, способности принимать на себя ответственность, самостоятельно решить проблему, находить конструктивные решения.

Значимость СРС выходит далеко за рамки отдельного предмета, в связи, с чем на кафедре психиатрии разработана стратегия формирования системы умений и навыков самостоятельной работы.

Цели изучения раздела самостоятельной работы: сформировать у студентов, умения и навыки самостоятельной работы на основе теоретического курса, а также научить навыкам самостоятельной работы вообще, в учебной, научной, профессиональной деятельности.

Данное пособие включает тематику практических занятий по психиатрии, наркологии, целевые вопросы для самостоятельной подготовки к практическим занятиям, которые сформулированы на основе теоретического курса по дисциплине и акцентированы согласно профильности факультета, ситуационные задачи, раздел заметки по каждому занятию, перечень вопросов по каждому из разделов психиатрии, наркологии.

Студент должен получить представление: о творческой и исследовательской деятельности по решению новых проблем; о социально-оценочной деятельности

Студент должен знать: теоретический объем материала к каждому практическому занятию.

Студент должен уметь: на основе теоретических знаний самостоятельно найти конструктивное решение поставленной задачи.

ВВЕДЕНИЕ

Преподавание дисциплины «Психиатрия, наркология» проводится с учётом уже имеющихся у студента знаний психологии и педагогики, философии и биоэтики, правоведения, нормальной и патологической физиологии, внутренних болезней и клинической фармакологии, общей хирургии, фармакологии.

Методы обучения предполагают реализацию следующих принципов: динамичности, субъективности, целостности, критериальности оценивания результатов.

Организация самостоятельной работы студентов и ее методическое сопровождение подразумевает подготовку к занятиям, текущему, промежуточному контролю, написание истории болезни и включает работу с учебной, справочной, методической литературой, Интернет-ресурсами, лекционным материалом. Формирующиеся умения и навыки позволяют реализовать алгоритм эффективной деятельности. В рамках компетентностного подхода для проведения занятий используются активные и интерактивные формы, например, разбор и решение конкретных ситуационных задач, «кейс-метод». Обучение студентов способствует воспитанию у них навыков общения с больным с учетом этико-деонтологических особенностей патологии и пациентов. Самостоятельная работа с пациентами способствует формированию нравственного поведения, аккуратности, дисциплинированности.

В числе методов и приемов стимулирования мотивов и познавательных интересов на занятиях формируется понимание смысла и позитивное отношение к осуществляемой деятельности, уверенность в своих силах. На клинических практических занятиях теоретические знания содержатся в виде систематизированной информации, необходимой для осознанного формирования практических навыков.

Таким образом, % интерактивных занятий от объема аудиторных занятий составляет не менее 15 %. Примеры интерактивных форм и методов проведения занятий:

- разбор и решение конкретных клинических ситуационных задач;
- «кейс-метод», содержащий кейс-задания с практико-ориентированных задачами, для самостоятельного решения которых необходимы знания и умения предшествующих и преподаваемой дисциплины.

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	7	8
1.	Психиатрия: Учебник	Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е., Сергеев И.И.	2008 г., М.:МЕД прессин-форм	95	5
2.	Психиатрия: Учебник	Незнанов Н.Г.	2010, М.: «ГЕОТАР- Медиа»	30	3
3.	Психиатрия и наркология: Учебник	Иванец Н.Н.	2006, М.:Медицина	36	5
4.	Клиническая и медицинская психология: Учебник	Менделевич В.Д.	2008, М.: МЕДпресс- информ	70	5
5.	Психитрия: Учебник	Жариков Н.М. Тюльпин Ю.Г.	2012, М.:Мед. инфорагенство	100	5

Экземпляры учебно-методических разработок хранятся на кафедре и в электронном виде в учебном управлении КубГМУ.

Дополнительная литература

п/№	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	2	3	4	7	8
1.	История болезни: Учебно-методические рекомендации для студентов 4-5 курсов медицинского ВУЗа.	Бойко Е.О. Ложникова Л.Е. Зайцева О.Г. Агеев М.И. Стрижев В.А. Мыльникова Ю.А.	2011, Красно- дар, КубГМУ	200	100
2.	Симптомы психических заболеваний и методы обследования психически больных: Учебно-методическое пособие для студентов 4-5 курсов медицинского ВУЗа	Бойко Е.О. Ложникова Л.Е. Зайцева О.Г. Агеев М.И. Стрижев В.А. Мыльникова Ю.А.	2012, Красно- дар, КубГМУ		30

1	2	3	4	7	8
3.	Профилактика аддиктивного поведения в молодежной среде	Бойко Е.О. Ложникова Л.Е. Зайцева О.Г. Агеев М.И. Стрижев В.А. Мыльникова Ю.А.	2011, Краснодар, КубГМУ		300
4.	Профилактика никотиновой зависимости в молодежной среде	Бойко Е.О. Ложникова Л.Е. Зайцева О.Г. Агеев М.И. Стрижев В.А. Мыльникова Ю.А.	2011, Краснодар, КубГМУ	280	20

Программное обеспечение, базы данных, информационно-справочные и поисковые системы

Базы данных, информационно-справочные и поисковые системы:

1. Классическая наркология Шайдукова Л.К., 2008г. <http://medulka.ru/narkologiya-i-toksikologiya>.
2. Наркология. Практическое руководство для врачей Шабанов П.Д., 2003 г. <http://medulka.ru/narkologiya-i-toksikologiya>.
3. Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость Сиволап Ю.П., Савченков В.А., 2005 г. <http://medulka.ru/narkologiya-i-toksikologiya>.
4. Общая и частная наркология Пятницкая И.Н., 2008 г. <http://medulka.ru/narkologiya-i-toksikologiya>.
5. Психиатрия <http://www.xserver.ru/medic/022/>
6. Секреты психиатрии Джеймс Л. Джекобсон, Алан М. Джекобсон, 2007 г <http://medulka.ru/psihologiya-psihiatriya>.
7. Общая психопатология <http://www.practica.ru/Books/yaspers.htm>
8. Психиатрия Обухов С.Г., 2007 г. <http://medulka.ru/psihologiya-psihiatriya>.
9. Клиническая психиатрия в схемах, таблицах и рисунках Рустанович А.В., Шамрей В.К., 2006 г. <http://medulka.ru/psihologiya-psihiatriya>.
10. Антинаркотический информационный сервер: Зависимость от ПАВ <http://add.net.ru/>

ТЕМА 1: Предмет, задачи, основные направления развития психиатрии. Теоретические основы психиатрии. Общие положения семиотики психических расстройств и методы исследования в психиатрии

ЦЕЛЬ: Изучить предмет, задачи, основные направления развития психиатрии. Теоретические основы психиатрии. Общие положения семиотики и методы исследования в психиатрии.

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ:

1. Психопатологические симптомы и синдромы. Ранги психических расстройств, понятие психоза. Продуктивная и негативная симптоматика. Диагностическое и прогностическое значение этих понятий.

2. Добровольная и недобровольная психиатрическая помощь. Правила психиатрического освидетельствования, госпитализации в психиатрический стационар, помещения на диспансерный учет. Этика в психиатрии.

3. Методы обследования и диагностики применяемые в психиатрии. Правила сбора анамнестических сведений, их анализ. Использование лабораторных, инструментальных и психологических методов, их диагностические возможности.

4. Гражданские права психически больных. Ограничения, которые может накладывать психическое заболевание на осуществление прав больных. Понятия правоспособности и дееспособности. Правила осуществления опеки.

5. Организация психиатрической помощи в России, амбулаторная и стационарная помощь. Основные положения Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

6. Социальная психиатрия. Основные вызовы XXI века. Медико-социальные показатели психического здоровья населения России и Краснодарского края.

Дать определение основным терминам по теме.

Понятие здоровья, нормы и патологии в психиатрии -

Психопатологические симптомы и синдромы - это

Социальная психиатрия - это

Ранги психических расстройств – это

Понятие психоза – это

Продуктивная симптоматика – это

Негативная симптоматика – это

Оказание психиатрической помощи в добровольном порядке – это

Оказание психиатрической помощи в не добровольном порядке – это

Гражданские права психически больных – это

Для заметок

ТЕМА 2: Расстройства ощущений и восприятия.

ЦЕЛЬ: Изучить расстройства ощущений и восприятия.

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ

1. Расстройства ощущений и восприятия и их диагностическое значение.
2. Дерезализация и деперсонализация, болезни, при которых они наблюдаются.
3. Клинические варианты галлюцинаций, их диагностическое значение. Объективные признаки наличия галлюцинаций.
4. Психосенсорные расстройства.
5. Сенестопатии и их связь с ипохондрическими идеями.
6. Нарушения восприятия: иллюзия, галлюцинации, расстройства сенсорного синтеза (психосенсорные расстройства).

Ситуационные задачи.

Охарактеризуйте симптомы, сформулируйте синдромологический диагноз.

1. Больной 28 лет Настороженно смотрит в одну точку, прислушивается, временами со страхом и тревогой смотрит по сторонам. Сообщает, что почти постоянно слышит голоса разных людей, которые хотят его убить, бранят его Обнаруживает точную ориентировку во времени, месте, правильно и быстро отвечает на вопросы, упоминает текущие события, дает им правильную оценку.

2. Больной 44 года. На фоне отравления ядохимикатами изменились границы комнаты и контуры находящихся в ней предметов Конечности стали тяжелыми руки увеличились, увеличившаяся нога лежала около тела, как будто она ему не принадлежала Шкаф, стоящий в комнате, двигался, лица родных гримасничали. На стене - маршировали влево бесчисленные фигурки детей, куры, утки и другие птицы.

3. Больной заметил, что большой медный самовар, стоящий на столе размахивает ручками. Из его трубы с искрами вырываются хриплые ругательства.

4. Больной 38 лет. Утверждает, что слышит звуки, которые никто из окружающих не слышит. Заявляет, что по его телу ползают насекомые и ощущает легкий зуд кожи, висящее полотенце на стене временами воспринимает как женщину в белом, а лежащую на стуле меховую шапку принял за кошку.

5. Больной утверждает, что стал предметом изучения каких-то ученых, убежден в этом. Они постоянно изменяют вокруг него обстановку, вызывают различные ощущения

со стороны внутренних органов. Иногда подключают к голове голос, который рассказывает им о его ощущениях. Ощущения больного комментируются другим голосом, который доносится из-за стены. Об этом эксперименте знают все окружающие больного люди, так как они по-особенному смотрят на него, перешептываются.

Дать определение основным терминам по теме.

Сенестопатии - это

Иллюзии - это

Псевдогаллюцинации - это

Истинные галлюцинации - это

Дереализация - это

Деперсонализация - это

Аутометаморфозии - это

Императивные галлюцинации - это

Функциональные галлюцинации - это

Для заметок

ТЕМА 3: Расстройства внимания, памяти, интеллекта. Расстройства мышления.

ЦЕЛЬ: Изучить расстройства внимания, памяти, интеллекта, расстройства мышления.

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ:

1. Нарушения ассоциативной деятельности: количественные и качественные расстройства процесса мышления. Основные симптомы, их диагностическое значение.

2. Бред: определение, клинические формы, диагностическое значение, социально-опасное поведение больных. Сверхценные идеи, их отличие от бреда.

3. Навязчивые состояния: определение, разновидности, диагностическое значение. Отличие навязчивостей от бреда и их возрастные особенности.

4. Основные бредовые синдромы: динамика, диагностическое значение, социально опасное поведение больных.

5. Синдром психического автоматизма Кандинского-Клерамбо. Примеры различных видов автоматизмов. Диагностическое значение.

6. Расстройства внимания и памяти: основные виды, их диагностическое значение. Заболевания, при которых наблюдаются синдромы нарушения внимания и памяти.

7. Корсаковский синдром: определение, психопатологическое содержание, диагностическое значение, прогноз.

8. Понятие интеллекта, его основные составляющие. Способы выявления расстройств интеллекта, типичные задания, используемые в клинической практике. Диагностическое значение различных нарушений интеллекта. Триада Вальтер-Бюэля.

9. Умственная отсталость (олигофрения): определение, причины возникновения, степени). Проблема раннего выявления и социальной адаптации.

10. Деменция: определение. Клинические варианты приобретенного слабоумия, их дифференциально-диагностическое значение.

Ситуационные задачи.

Охарактеризуйте симптомы, сформулируйте синдромологический диагноз.

1. Больной утверждает, что стал предметом изучения каких-то ученых, убежден в этом. Эти ученые вкладывают и вынимают мысли. Иногда подключают к голове голос,

который рассказывает им о его ощущениях. Об этом эксперименте знают все окружающие больного люди, так как они по-особенному смотрят на него.

2. Больной в прошлом преподаватель гимназии, при встрече с врачом торжественно сказал: "Вчера я принимал экзамен у гимназисток старших классов", хотя это происходило более 50 лет тому назад. В другой раз он сообщил: "Какое наслаждение я получил от "Лебединого озера", ведь вчера я был в Большом театре", хотя и это событие состоялось четыре года тому назад.

3. Больной 30 лет. Совершенно не может вспомнить события дня, неоднократно беседа со своим лечащим врачом, относится к нему как к совершенно незнакомому человеку. Не помнит посещения своих родственников, часто говорит о том, что был в гостях, только вернулся в клинику. О своем прошлом до травмы рассказывает подробно и точно.

4. Больная убеждена, что кто – то воздействует на нее и вызывает различные ощущения со стороны внутренних органов. Ощущения больной комментируются незнакомым голосом, который доносится из-за стены. Об этом знают все окружающие так как они по-особенному смотрят на нее, перешептываются.

5. Больному 25 лет. Считает, что сумел решить проблем вечного двигателя. Настойчиво требует выдачи патента, ездит по различным организациям с целью получить благоприятные отзывы. Нигде не показывает чертежей, опасаясь, что идею могут украсть. Уверен, что своим открытием облагодетельствовал человечество. Отрицательные отзывы расценивает как происки завистников

Дать определение основным терминам по теме.

Бредовая идея – это

Навязчивая идея – это

Сверхценная идея – это

Паранойяльный синдром – это

Параноидный синдром – это

Парафренный синдром – это

Психические автоматизмы – это

Синдром Кандинского - Клерамбо – это

Парамнезии – это

Апрозексия – это

Степени снижения интеллекта, показатели интеллектуального индекса (IQ) –

Слабоумие (деменция) - это

Для заметок

ТЕМА 4: Аффективные и волевые расстройства. Двигательные расстройства. Синдромы расстройства сознания.

ЦЕЛЬ: Изучить аффективные и волевые расстройства. Двигательные расстройства. Синдромы расстройства сознания.

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ:

1. Эмоциональные расстройства в клинике психических заболеваний. Основные симптомы и синдромы, их диагностическое значение. Патологический аффект.
2. Синдромы аффективных расстройств: депрессивный, маниакальный, апатико-абулический. Их определение, структура и диагностическое значение.
3. Формы двигательного возбуждения. Заболевания, при которых они встречаются. Тактика врача, методы купирования.
4. Расстройства воли и влечений, их диагностическое значение. Социально-опасное поведение лиц с расстройствами влечений. Апатико-абулический синдром.
5. Кататонический синдром: основные симптомы, диагностическое значение. Отличия кататонического возбуждения от маниакального и кататонического ступора от депрессивного.

6. Критерии К.Ясперса для диагностики состояний расстроенного сознания. Синдромы нарушения, исключения сознания, их связь с различными психическими и соматическими заболеваниями.

7. Синдромы помрачения сознания: типичные проявления, динамика, диагностическое значение. Социально-опасное поведение лиц с помрачением сознания.

8. Пароксизмальные явления: припадки эпилептические, истерические, диэнцефальные, эпилептический статус, особые состояния сознания. Их диагностическое значение.

9. Большой судорожный припадок. Клиническая характеристика. Заболевания, при которых он встречается. Отличия от истерического припадка.

Клинические варианты малых припадков: клиническое описание,

Ситуационные задачи.

Охарактеризуйте симптомы, сформулируйте синдромологический диагноз.

1. Больная оживлена, настроение приподнятое, глаза блестят. Волосы в беспорядке, перехвачены яркой лентой, на лице яркая косметика. Взяв врача под руку, больная начинает быстро говорить охрипшим голосом: " Я вас сразу же узнала. Я совсем здорова. Как говорится, не важен метод - важен результат. Из-под пятницы - суббота, завтра суббота. Вы меня завтра выпишите". В отделении больная шумная, танцует. Спит не более 3-х часов в сутки.

2. Больной стал педантичным, назойливым. В беседе застревает на второстепенных деталях, темп течения ассоциаций несколько замедлен. Настроение по преимуществу подавленное с внезапно возникающими приступами злобы и гнева на фоне тоски, сопровождающимися жестокими действиями, агрессивностью к окружающим.

3. Больной сосредоточен на обстоятельствах, связанных с психической травмой. Выражение лица страдальческое, больной легко плачет, жалуется на тоску, "тяжесть на душе", страхи. При обращении к нему отвечает кратко, неохотно, после длительных пауз. Большую часть времени неподвижно лежит в постели, закрыв лицо руками.

4. Больной по много часов проводит стоя в углу, на вопросы не отвечает. При попытке отвести его в палату сопротивляется, отдергивает руку. В постели лежит в своеобразном положении, не касаясь головой подушки.

5. Больной большую часть времени проводит в пределах постели, устремив взгляд в одну точку. Видит "как он находится в глыбе льда", "вокруг меня динозавры". События, в которых принимает участие сам больной, а иногда и окружающие, достаточно

последовательны, носят сценообразный характер и развиваются в вымышленном мире. Критики к своему состоянию нет.

6. Больной не ориентируется во времени, месте, собственной личности. Течение представлений носит бессвязный характер. Движения хаотичны, незаконченные. Наблюдаются галлюцинации, иллюзии. Бредовые высказывания отрывочны и бессистемны, о содержании их у больного узнать не удастся. Больной очень плохо спит, соматически истощен. Временами у больного возникает психомоторное возбуждение, которое обычно ограничивается пределами кровати.

Дать определение основным терминам по теме.

Депрессивный синдром - это

Маниакальный синдром - это

Апатико-абулический синдром - это

Формы двигательного возбуждения :

Кататонический синдром – это

Критерии К.Ясперса – это

Пароксизмальные явления – это

Эпилептический статус – это

Клинические варианты малых припадков:

Синдромы помрачения и выключения сознания – это

Для заметок

ТЕМА 5: Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства.

ЦЕЛЬ: Изучить шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства.

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ:

1. Астенический синдром: основные проявления, диагностическое значение, примеры заболеваний, при которых он встречается.
2. Шизофрения: классификация форм и типов течения по А.В. Снежневскому. Основные диагностические признаки, варианты исходов.
3. Шизофрения: классификация по МКБ -10. Ранние признаки заболевания.

4. Шизофрения: определение. Связь между ведущей симптоматикой и прогнозом. Наиболее злокачественные и наиболее благоприятные варианты шизофрении. Возможности адаптации пациентов в обществе.

5. Признаки, определяющие прогноз болезни.

6. Шизотипическое расстройство. Классификация по МКБ -10. Критерии диагностики, клиника, лечение, прогноз.

7. Исходы шизофрении. Понятие шизофренического дефекта. Методы и принципы реадaptации и реабилитации больных. Показания для направления на МСЭ.

8. Дифференциальная диагностика бредовых расстройств.

9. Отличия шизофрении от органических заболеваний, психогений и аффективных психозов.

10. Методы терапии шизофрении, их эффективность, основные цели лечения. Тактика врача при обострении процесса.

Ситуационные задачи.

Охарактеризуйте симптомы, сформулируйте синдромологический диагноз.

Какой нозологический диагноз укладывается в рамки выделенной патологии?

1. Больная много лет высказывающая бредовые идеи физического воздействия (существует специальная организация, которая какими-то сверхмощными аппаратами воздействует на нее, на ее психику, отдает ей мысленные приказы, жжет ее тело, затем стала говорить, что у нее с "этой организацией" установилась двусторонняя связь". Заявляла, что она теперь тоже может воздействовать на окружающих, "передавать им свои мысли, сплошь такие гениальные". Уверяла, что "этими передачами" способствует мировому прогрессу, влияет на ход истории, помогает творить художникам и композиторам, ч то ее мысли приводят в действие "особые секретные аппараты, трансформирующие солнечную энергию". Настроение приподнятое, благодушна, хотя иногда, главным образом при виде родственников, дает злобные реакции.

2. Больная убеждена, что какие-то люди постоянно изменяют вокруг нее обстановку, вызывают различные ощущения со стороны внутренних органов. Эти люди управляют ее ощущениями и действиями. Иногда подключают к голове голос. Об этом знают все окружающие, так как они по-особенному смотрят на него, перешептываются.

3. Больной В. 15 лет. Неожиданно вышел из класса, заявив, что хочет есть. На замечания отвечал смехом. Дома отвечал родителям не по существу вопросов, речь была из набора не связанных между собой предложений. Дома смеялся, сопротивлялся попыткам удержать его, ударил мать. Повторял слова окружающих, то сидел спокойно, то внезапно поднимался и прыгал комнате.

4. Больному 17 лет. Ранее у психиатра не лечился, больной стал нелеп, дурашлив. Поведение вычурное, речь манерная. Отмечаются периоды речедвигательного

возбуждения, когда больной прыгает, приплясывает, совершает нелепые движения. Речь малопонятная, наполнена неологизмами. Фразы правильные, но не связаны по существу. Иногда к чему-то прислушивается, хитро улыбается и что-то лепечет про себя.

5. Больному 16 лет. Считает себя больным в течении 1 года, когда появилось ощущение повышенной утомляемости, слабости. Ночью стал плохо спать, снизился аппетит. Перестал справляться с учебными нагрузками, потерял интерес к учебе, перестал посещать школу. Все дни проводил дома, лежа в постели и ничем не занимаясь. Считает, что переутомился, что его нервная система ослаблена учением в школе и подготовкой в институт. В беседе многословен к рассуждениям, монотонен. Больной обстановкой не тяготится, хотя больным себя не считает, равнодушен к окружающему.

6. Больная 29 лет. В больнице все время шутила, смеялась. Добиться связности речи не представлялось возможным. Больная часто отвлекалась от темы, говорила быстро, одна незаконченная мысль сменялась другой, по ассоциации смежной. Во время беседы могла запеть, начать танцевать. В отделении вмешивалась во все дела, бралась за любую работу, но не оканчивала её, все время находилась в движении. Много говорила о себе, своих достоинствах, преувеличивая их и считая себя "самой красивой женщиной в мире", обнажившись могла рассказывать о своих любовных похождениях. Называла себя "первой актрисой мира". Декламировала стихи, пробовала рифмовать сама. Соматических и неврологических изменений не обнаружено.

Дать определение основным терминам по теме.

Астенический синдром - это

Шизофрения - это

Типы течения по А.В. Снежневскому:

Шизотипическое расстройство – это

Исходы шизофрении – это

Понятие шизофренического дефекта – это

Для заметок

ТЕМА 6: Аффективные расстройства.

ЦЕЛЬ: Изучить аффективные расстройства.

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ:

1. Аффективные расстройства (классификация по МКБ -10).
2. Критерии диагностики, клиника, лечение, прогноз.
3. Хронические расстройства настроения (циклотимия, дистимия).

Ситуационные задачи.

Охарактеризуйте симптомы, сформулируйте синдромологический диагноз.
Какой клинический диагноз укладывается в рамки выделенной патологии?

1. Больная 29 лет. В больнице все время шутила, смеялась. Добиться связности речи не представлялось возможным. Больная часто отвлекалась от темы, говорила быстро, одна не законченная мысль сменялась другой, по ассоциации смежной. Во время беседы могла запеть, начать танцевать. В отделении вмешивалась во все дела, бралась за

любую работу, но не оканчивала её, все время находилась в движении. Много говорила о себе, своих достоинствах, преувеличивая их и считая себя "самой красивой женщиной в мире", обнажившись могла рассказывать о своих любовных похождениях. Называла себя "первой актрисой мира". Декламирровала стихи, пробовала рифмовать сама. Соматических и неврологических изменений не обнаружено.

2. Больной сидит на кровати, устремив взор в одну точку. Выражение лица печальное, углы рта опущены. Говорит, что тягостное состояние он ощущает даже физически - "будто камень на сердце". Мысли текут медленно, не может заставить себя что-либо делать.

3. Больная 60 лет, пенсионерка. Объективно: больная выглядит моложе своих лет. Ярко одета, на лице косметика, глаза блестят, говорит громко, быстро, перескакивает с одной темы на другую, иногда не договаривает фразу до конца, шутит, жестикулирует, встает, ходит по комнате. Больной себя не считает. Говорит, что чувствует себя прекрасно, бодро. Строит массу планов в отношении личной жизни, работы. Собирается записаться в группу здоровья, театральный кружок, на курсы стенографии. Со слов родственников состояние больной изменилось в течение последней недели.

4. Больной вял и заторможен. Выражение лица апатичное, сонливое. К окружающему безучастен и не обнаруживает спонтанной психической продукции. Восприятие окружающего резко понижено. Внимание привлекается с трудом и быстро истощается. Ассоциации скудные, отвечает на вопросы односложно и только после многократных повторений. На некоторые раздражители реакции возникают медленно.

5. В психическом состоянии больного классическая триада симптомов - психическая и моторная заторможенность и чувство острой "витальной" тоски. Характерны также вегетативные (соматические) расстройства: запоры, сухость слизистых, нарушение сна, отсутствие аппетита. Отмечаются отчетливо выраженные суточные колебания с некоторым улучшением состояния во второй половине дня. Больной склонен подвергать разбору и осуждению прошлое, следствием чего является возникновение упорных суицидальных мыслей и попыток. Больные жалуются на утрату чувства времени, свою неспособность к восприятию цвета, красок.

6. Больной в прошлом преподаватель гимназии, при встрече с врачом торжественно сказал: "Вчера я принимал экзамен у гимназисток старших классов", хотя это происходило более 50 лет тому назад. В другой раз он сообщил: "Какое наслаждение я получил от "Лебединого озера", ведь вчера я был в Большом театре", хотя и это событие состоялось четыре года тому назад.

Дать определение основным терминам по теме.

Аффективные расстройства – это

Хронические расстройства настроения – это

Триада Протопопова - это

Маниакальный эпизод – это

Депрессивный эпизод - это

Циклотимия – это

Дистимия – это

Маскированная депрессия - это

Для заметок

ТЕМА 7: Органические, включая симптоматические психические расстройства. Умственная отсталость.

ЦЕЛЬ: Изучить органические, включая симптоматические психические расстройства. Умственная отсталость.

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ:

1. Общие проявления различных органических заболеваний головного мозга. Синдромы экзогенного, эндогенного типа. Систематика органических расстройств по МКБ - 10. Психоорганический синдром, клинические варианты. Значение параклинических методов в установлении диагноза.

2. Органическое эмоционально лабильное расстройство, органическое расстройство личности (МКБ -10). Критерии диагностики, принципы терапии.

3. Атрофические заболевания головного мозга. Клинические проявления, прогноз. Дифференциальная диагностика с атеросклеротическим слабоумием и опухолями.

4. Сосудистые заболевания головного мозга. Дифференциальный диагноз с атрофическими процессами головного мозга. Вопросы терапии.

5. Сифилис мозга, болезнь Бейля. Клинические формы, психосоматические и неврологические симптомы. Методы диагностики, лечения, прогноз.

6. Болезнь Крейтцфельда-Якоба, психические нарушения при ВИЧ-инфекции. Симптоматика, диагностика, терапия.

7. Умственная отсталость (классификация по МКБ-10, диагностика, лечение).

Ситуационные задачи.

Охарактеризуйте симптомы, сформулируйте синдромологический диагноз. Какой клинический диагноз укладывается в рамки выделенной патологии?

1. Больной внезапно потерял сознание. Мышцы его напряглись, глаза закатились, лицо посинело, прикусил язык. Последовала серия коротких судорожных сокращений мышц шеи, лица, конечностей. Затем больной расслабился, произошло непроизвольное мочеиспускание. На окружающее больной не реагировал, зрачковые и роговичные рефлексы у него отсутствовали.

2. Больная, 25 лет, страдает редкими (1 раз в год) ночными судорожными припадками. При медицинском осмотре в рентген кабинете внезапно упала на пол. Развился типичный большой судорожный припадок. Приступ длился около 3 минут. После завершения клонических судорог контакт по-прежнему отсутствует. На раздражение не реагирует, при неврологическом обследовании рефлексы не выявляются. На этом фоне периодически с интервалом 2 - 3 мин. возникают повторные фазы тонических и клонических судорог.

3. Больной разговаривал с врачом. Внезапно замолчал, взгляд стал отрешенным. Больной не реагировал на обращенные к нему вопросы, на происходящее вокруг. Через несколько секунд это состояние прошло, больной продолжал беседу. О случившемся не помнил.

4. У больного в течение двух дней отмечалось беспричинно тоскливое настроение. Затем внезапно стал слышать необычную музыку, какие-то шумы, голоса, несколько позже появилось ощущение, что его тело изменило свои формы: ноги вытянулись, руки стали меньше. Вслед за этим развернулся большой судорожный припадок.

5. Больной 57 лет. При осмотре выражение лица испуганное. Доверительным тоном сообщает, что стал "замечать за собой слезку", убежден, что "кто-то хочет его убить". Настроение резко снижено, обеспокоен сложившейся ситуацией, т.к. "могут убить и его родных ". Больной страдает гипертонической болезнью 2 ст. перенёс "динамические нарушения головного кровообращения". Настоящее состояние развилось после перенесенных нескольких кризов.

6. Больной 55 лет. При осмотре на вопросы не отвечает или отвечает односложно, часто смеется без видимых причин, настроение повышено. Быстро истощается, заявляет, что очень устал, быстро переходит от смеха к слезам и обратно. Легко раздражается, прекращает беседу, требует немедленно вернуть его домой, т.к. "все

надоело". Из анамнеза: в течение последних 2-х лет больной изменился в поведении, перестал интересоваться работой, сузил круг интересов, часто забывал свои обещания, иногда не выходил на работу без видимых причин. В соматическом анамнезе: гипертоническая болезнь.

7. Больной поступил в хирургическое отделение с диагнозом: "острый холецистит". Ночью на фоне резкого повышения температуры состояние изменилось: постоянно порывается встать с постели, резко сопротивляется при попытке его уложить. Окружающих людей и ситуацию воспринимает неправильно, стучит в стену, просит покинуть помещение. Что-то стряхивает с одеяла, ищет под подушкой какие-то вещи.

Дать определение основным терминам по теме.

Синдромы экзогенного типа - это

Синдромы эндогенного типа - это

Психоорганический синдром - это

Органическое эмоционально лабильное расстройство – это

Атрофические заболевания головного мозга – это

Сосудистые заболевания головного мозга – это

Болезнь Крейтцфельда-Якоба – это

Психические расстройства в связи с эпилепсией – это

Умственная отсталость – это

Степени снижения интеллекта, показатели IQ –

Для заметок

ТЕМА 8: Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства. Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте.

ЦЕЛЬ: Разобрать основные невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства. Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте.

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ:

1. Психогенные заболевания: общие критерии диагностики, систематика, течение, прогноз. Характеристика факторов, являющихся психотравмирующими для человека.
2. Реактивные психозы: определение, этиология и патогенез. Клинические формы и их типичные симптомы, течение, прогноз. Дифференциальная диагностика, лечение.
3. Невротические и соматоформные расстройства: классификация, условия возникновения, закономерности течения, прогноз.
4. Неврастения: этиология, клинические проявления, дифференциальная диагностика, лечение, прогноз.
5. Диссоциативное (конверсионное расстройство). Условия возникновения, клинические проявления, их характеристика. Лечение, прогноз.
6. Обсессивно-компульсивные расстройства (невроз навязчивых состояний): этиология, предрасполагающие факторы, клинические проявления, лечение, прогноз.
7. Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (психопатии). Определение, причины возникновения, критерии диагностики, классификация по Ганнушкину, течение и прогноз. Понятие компенсации и декомпенсации.
8. Клинические варианты расстройств личности и поведения в зрелом возрасте (психопатий) по МКБ -10. Критерии диагностики, особенности терапии.

Ситуационные задачи.

Охарактеризуйте симптомы, сформулируйте синдромологический диагноз. Какой клинический диагноз укладывается в рамки выделенной патологии?

1. Больная выглядит моложе своих лет, модно, красиво одета. Во всем поведении - стремление обратить на себя внимание. Жалуется, что при переживаниях появляются спазмы в горле, "подступает комок", "слабеют и отнимаются руки и ноги". Настроение крайне неустойчивое, подвержено влиянию разнообразных внешних обстоятельств. Ссоры дома и неприятности на работе приводят к появлению сердечных приступов. Во время приступов крики, рыдания переходят в судороги, пальцы немеют, "скрючиваются". На ЭКГ - патологических изменений нет.

2. Больная 28 лет. Инженер. Обратилась к врачу с жалобами на повышенную утомляемость, раздражительность, частые головные боли, подавленное настроение, снижение памяти и работоспособности. Из анамнеза: по характеру мягкая, общительная, всегда отличалась не высокой работоспособностью. Замужем 9 лет, живет с мужем и свекровью, имеет дочь 8 лет. К мужу не привязана, он часто выпивает, мало внимателен, груб. Со свекровью отношения плохие. Работа не удовлетворяет, материальное

положение затруднительное. Последнее время много работала сверхурочно, уставала, переболела гриппом.

3. Больному 32 года, обратился к врачу с жалобами на сердцебиение, боль в области сердца, резкую потливость, одышку, страх, что может умереть от инфаркта. Из анамнеза: по характеру застенчивый, тревожно мнительный. В семье конфликтная ситуация из-за злоупотребления алкоголем. Около двух недель был в командировке, продолжал с напарником злоупотреблять алкоголем. Внезапно в 12 часов ночи у напарника развился острый инфаркт миокарда, от которого он погиб. Больной испугался. Оставшись один, ощутил тягостное чувство в области сердца, озноб, дрожь во всем теле, чувство страха. День работал. На следующую ночь в 12 часов возникли боли в области сердца и страх, что может умереть. Такие состояния стали появляться регулярно, хотя больной перестал злоупотреблять алкоголем. Никакие сердечные препараты этого состояния не снимают. При обследовании у терапевта заболевания со стороны сердца не было обнаружено.

4. Больной жалуется, что всегда трудно приспособливаться к новым условиям, в обществе малознакомых людей чувствует себя стесненно, долго потом мучается сомнением, так ли вел себя, преувеличивает ее значение, тщательно скрывая это от окружающих: испытывает страх покраснеть при разговоре, боится, что сообразит во время публичного выступления, дрогнет голос и т.д. Боится опоздать на работу, не успеть к поезду: много раз проверяет заперта ли дверь, выключил ли утюг, газ, закрыл ли водопроводный кран. Не допускает изменения принятого порядка, живет по строго заведенному режиму, суеверен, избегает дурных примет. Робкий, тихий, малозаметный, в привычной обстановке, в семье он может оказаться деспотичным педагогом, нудным и ворчливым, назойливым и приставучим. Характерны фантазерство, пустая мечтательность. Обширные планы мало претворяются в жизнь; сильный, волевой, удачливый в воображаемой ситуации, он в реальной жизни оказывается застенчивым, пассивным и нерешительным человеком.

5. Все поведение больного подчинено узкому кругу идей или даже одной идее. Суetsyжничество, кверулянтство поддерживаются уверенностью, что больному завидуют, мешают реализации грандиозных планов; случайно оброненные слова, ничего не значащие взгляды и поступки окружающих истолковываются как доказательство реальности супружеской неверности, существования заговора или преследования. Попытки переубедить больного успеха не имеют, вызывая лишь появление враждебной реакции. В личности больного повышенная самооценка сочетается с обидчивостью, эгоизмом - с чувствительностью, недоверчивость и подозрительность - с ригидностью, крайней односторонностью мышления и фанатизмом; имеется склонность к заострению на одних и тех же переживаниях. Постоянные конфликты с окружающими, домогательства, борьба с мнимыми врагами отмечаются на протяжении всей жизни и составляют содержание анамнеза.

6. Больной Р., 43 года. Примерно с 13-14 лет стал несдержанным, вспыльчивым, жестоко избивал товарищей. Если не мог сам справиться, пользовался палками, камнями. В связи с драками неоднократно имелись приводы в милицию. В Армии служил в нестроевых частях. Неоднократно были дисциплинарные взыскания за драки с товарищами, пререкался с командирами, не выполнял приказы. В последующем периодически вспышки ярости, во время которых ломал мебель, избивал окружающих, бранился. Конфликты возникали по незначительным поводам, при этом больной считал претензии к нему необоснованными. После службы в Армии также отмечались частые нарушения трудовой дисциплины. Однажды на улице после ссоры с женой больной вырвал коляску с ребенком и начал неистово трясти её. Больной задержан милицией и направлен в больницу.

Дать определение основным терминам по теме.

Психогенные заболевания - это

Реактивные психозы - это

Невротические расстройства - это

Соматоформные расстройства – это

Неврастения – это

Диссоциативные (конверсионные расстройства) – это

Обсессивно-компульсивные расстройства – это

Клинические варианты расстройств личности и поведения в зрелом возрасте – это

Для заметок

ТЕМА 9: Психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением алкоголя.

ЦЕЛЬ: Разобрать основные психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением алкоголя.

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ

1. Алкоголизм: определение, основные синдромы и их психопатологическая структура.
2. Симптомы и синдромы при алкоголизме. Виды влечения к алкоголю, классификация, симптоматология.
3. Клиника острой алкогольной интоксикации. Степени алкогольного опьянения.

4. Патологическое опьянение: определение, классификация, диагностика, судебно-психиатрическая экспертиза.
5. Измененные формы алкогольного опьянения, клиническая характеристика.
6. Алкогольный абстинентный синдром (синдром отмены). Условия и причины его возникновения, основные виды.
7. Формы злоупотребления алкоголем: классификация, клинические проявления.
8. Изменения личности при алкоголизме. Классификация, динамика психопатологических личностных расстройств.
9. Острые металкогольные психозы: определение, классификация, прогноз. Лечение алкогольного делирия. Уход и надзор.
10. Классический алкогольный делирий. Симптоматика на различных стадиях развития психоза. Соматовегетативные проявления. Прогноз.
11. Тяжелые формы делириев. Условия возникновения, клинические проявления, вопросы терапии.
12. Алкогольный галлюциноз. Клинические проявления, дифференциальная диагностика с алкогольным делирием и галлюцинаторным синдромом при эндогенных.
13. Бредовые алкогольные психозы. Классификация, дифференциальная диагностика с другими формами бредовых расстройств.
14. Острая алкогольная энцефалопатия Гайе-Вернике. Психопатологические проявления. Неврологические нарушения.
15. Корсаковский синдром. Диагностические критерии, терапия, прогноз.
16. Дифференциальная диагностика алкогольных психозов. Их отличия от острого приступа шизофрении, реактивных и эпилептических психозов.
17. Основные принципы терапии алкоголизма. Задачи лечения на различных этапах. Конкретные терапевтические методы.
18. Алкогольная деградация личности. Сходство и отличие алкогольной деградации личности от психической деградации при других психических расстройствах.
19. Алкогольная зависимость у женщин. Особенности течения, прогноз.

Ситуационные задачи.

Охарактеризуйте симптомы, сформулируйте синдромологический диагноз. Какой клинический диагноз укладывается в рамки выделенной патологии?

1. Больной М., 47 лет. Злоупотребляет алкоголем 24 года. Пьет запоями. После очередного запоя появилась бессонница, при закрытых глазах видит зверей, страшные фигуры. Утверждает, что находится в тюрьме, врача принимает за следователя. "Слышит" угрожающую брань и "видит" преследователей. Испытывает страхи.

2. Пациент - 36 лет, злоупотребляет алкоголем на протяжении 7 лет. Объективно: выраженное патологическое влечение к алкоголю, тремор рук, тахикардия, гипергидроз, в анамнезе - амнестические формы опьянения, психопатоподобное поведение. Можно ли в данном случае поставить диагноз "алкоголизм"? Если можно, то обоснуйте стадию заболевания.

3. Сергей 58 лет. Длительное время злоупотребляет алкоголем. Больной не может ничего запомнить: обедал ли, приходили к нему родственники и др. Отмечается

дезориентировка во времени.

4. Больной 44 года. На фоне отравления алкоголем изменились границы комнаты и контуры находящихся в ней предметов Конечности стали тяжелыми руки увеличились, увеличившаяся нога лежала около тела, как будто она ему не принадлежала Шкаф, стоящий в комнате, двигался, лица родных гримасничали. На стене - маршировали влево бесчисленные фигурки детей, куры, утки и другие птицы.

5. Больной Р., 43 года. Примерно с 13-14 лет стал несдержанным, вспыльчивым, жестоко избивал товарищей. Если не мог сам справиться, пользовался палками, камнями. В связи с драками неоднократно имелись приводы в милицию. Злоупотребляет алкоголем. Периодически отмечались вспышки ярости, во время которых ломал мебель, избивал окружающих, бранился. Конфликты возникали в состоянии алкогольного опьянения, при этом больной считал претензии к нему необоснованными.

6. Сергей 45 лет, злоупотребляет алкоголем в течение 15 лет. После очередного запоя обострились мысли о супружеской измене. Стал более тщательно, чем прежде добиваться признания у жены, следил за ней.

Дать определение основным терминам по теме.

Алкоголизм - это

Симптомы и синдромы при алкоголизме - это

Виды патологического влечения к алкоголю:

Степени алкогольного опьянения:

Патологическое опьянение – это

Измененные формы алкогольного опьянения – это

Алкогольный абстинентный синдром (синдром отмены) – это

Изменения личности при алкоголизме – это

Тяжелые формы делириев - это

Алкогольный галлюциноз - это

Острая алкогольная энцефалопатия Гайе-Вернике – это

Для заметок

ТЕМА 10: Психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением психоактивных веществ.

ЦЕЛЬ: Разобрать основные психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением психоактивных веществ.

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ:

1. Наркомании: определение, основные критерии наркотического вещества и зависимости от психоактивных веществ (по МКБ – 10).
2. Определение понятий: ПАВ, злоупотребление, зависимость. Заболеваемость и болезненность наркоманиями в Краснодарском крае.
3. Классификация наркоманий. Этиология и патогенез (на примере опийной наркомании)
4. Опийная наркомания: острая интоксикация опиатами. Диагностика, клиника. Первая помощь при нарушении сознания с расстройством восприятия и коматозных состояниях.
5. Опийный абстинентный синдром: условия возникновения, динамика и психопатология, лечение.
6. Наркомании, вызванные употреблением каннабиноидов. Классификация, клинические проявления на различных стадиях, осложнения.
7. Токсикомании: определение, общая характеристика, классификация.
8. Токсикомании у подростков. Особенности клиники. Методы лечения и профилактики.
9. Ятрогенные наркомании и токсикомании. Химические вещества и лекарственные средства, вызывающие зависимость. Методы профилактики и терапии.
10. Дифференциальная диагностика острых интоксикаций различных форм наркоманий (опий, кокаин, гашиш, барбитураты, транквилизаторы, психостимуляторы). Отличия от алкогольного опьянения.

Ситуационные задачи.

Охарактеризуйте симптомы, сформулируйте синдромологический диагноз. Какой клинический диагноз укладывается в рамки выделенной патологии?

1. Мужчина 38 лет расторможен, эйфоричен, много говорит, однако речь невнятная, цинично шутит, координация движений нарушена, зрачки нерезко расширены, лицо слегка гиперемировано, запаха алкоголя не чувствуется.

2. Мужчина 35 лет расторможен, эйфоричен, много говорит, вспыльчив, временами агрессивен, отмечается тахикардия и повышение артериального давления, расширение зрачков.

3. Юноша 18 лет эйфоричен, несколько заторможен, не сразу понимает обращенную к нему речь, сам говорит невнятно, односложно, отмечается резкое сужение зрачков, редкое дыхание, пульс - 45 в минуту, запаха алкоголя не чувствуется.

4. Юноша 18 лет эйфоричен, несколько возбужден, пританцовывает на месте, смеется, глаза блестят, конъюнктивы инъецированы, лицо гиперемировано, носогубный треугольник бледный, облизывает пересохший рот, запаха алкоголя не чувствуется.

5. Юноша 18 лет эйфоричен, несколько возбужден, многоречив, импульсивен, временами агрессивен, лицо бледное, зрачки широкие, артериальное давление -160/90, отмечается тахикардия и легкий тремор, жалуется на боль за грудиной.

6. Юноша 17 лет. Объективно: мутные глаза, отёчное лицо, серовато-землистый оттенок кожи, ломкость волос и ногтей, запах растворителя от одежды.

Дать определение основным терминам по теме.

ПАВ - это

ТЕМА 11: Методы терапии в психиатрии, наркологии.

ЦЕЛЬ: Разобрать основные методы терапии в психиатрии, наркологии.

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ :

1. Основные принципы лечения в психиатрии и наркологии.
2. Психофармакотерапия: основные группы психотропных средств, показания и противопоказания.
3. Немедикаментозные методы лечения, их виды. Показания, противопоказания.

Ситуационные задачи.

Охарактеризуйте симптомы, сформулируйте синдромологический диагноз, сформулируйте план обследования и лечения.

1. Больной утверждает, что стал предметом изучения каких-то ученых, убежден в этом. Они постоянно изменяют вокруг него обстановку, вызывают различные ощущения со стороны внутренних органов. Иногда подключают к голове голос, который рассказывает им о его ощущениях. Ощущения больного комментируются другим голосом, который доносится из-за стены. Об этом эксперименте знают все окружающие больного люди, так как они по-особенному смотрят на него, перешептываются.

2. Больная оживлена, настроение приподнятое, глаза блестят. Волосы в беспорядке, перехвачены яркой лентой, на лице яркая косметика. Взяв врача под руку, больная начинает быстро говорить охрипшим голосом: " Я вас сразу же узнала. Я совсем здорова. Как говорится, не важен метод - важен результат. Из-под пятницы - суббота, завтра суббота. Вы меня завтра выпишите". В отделении больная шумная, танцует. Спит не более 3-х часов в сутки.

3. Больной сосредоточен на обстоятельствах, связанных с психической травмой. Выражение лица страдальческое, больному легко плачет, жалуется на тоску, "тяжесть на душе", страхи. При обращении к нему отвечает кратко, неохотно, после длительных пауз. Большую часть времени неподвижно лежит в постели, закрыв лицо руками.

4. Больная много лет высказывающая бредовые идеи физического воздействия (существует специальная организация, которая какими-то сверхмощными аппаратами воздействует на нее, на ее психику, отдает ей мысленные приказы, жжет ее тело, затем стала говорить, что у нее с "этой организацией" установилась двусторонняя связь". Заявляла, что она теперь тоже может воздействовать на окружающих, " передавать им свои мысли, сплошь такие гениальные". Уверяла, что "этими передачами" способствует

мировому прогрессу, влияет на ход истории, помогает творить художникам и композиторам, чьи мысли приводят в действие "особые секретные аппараты, трансформирующие солнечную энергию". Настроение приподнятое, благодушна, хотя иногда, главным образом при виде родственников, дает злобные реакции

5. Больному 17 лет. Ранее у психиатра не лечился, больной стал нелеп, дурашлив. Поведение вычурное, речь манерная. Отмечаются периоды речедвигательного возбуждения, когда больной прыгает, приплясывает, совершает нелепые движения. Речь малопонятная, наполнена неологизмами. Фразы правильные, но не связаны по существу. Иногда к чему-то прислушивается, хитро улыбается и что-то лепечет про себя.

6. Больной М., 47 лет. Злоупотребляет алкоголем 24 года. Пьет запоями. После очередного запоя появилась бессонница, при закрытых глазах видит зверей, страшные фигуры. Утверждает, что находится в тюрьме, врача принимает за следователя. "Слышит" угрожающую брань и "видит" преследователей. Испытывает страхи.

Дать определение основным терминам по теме.

Психофармакотерапия - это

Методы биологической терапии:

Немедикаментозные методы лечения - это

Основные принципы фармакотерапии в психиатрии и наркологии – это

Нейролептики – это

Транквилизаторы – это

Антидепрессанты – это

Ноотропы – это

Противосудорожные средства – это

Проблема резистентности:

Для заметок

ТЕМА 12: Неотложная помощь в психиатрии, наркологии.

ЦЕЛЬ: Разобрать основные методы терапии, неотложную помощь в психиатрии, наркологии.

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ:

1. Неотложная помощь в психиатрии и наркологии.
2. Интенсивная и реанимационная терапия острой интоксикации ПАВ тяжелой степени.

Дать определение основным терминам по теме.

Интенсивная терапия острой интоксикации опиатами тяжелой степени:

Интенсивная терапия острой интоксикации алкоголем тяжелой степени:

Основные принципы неотложной терапии в психиатрии и наркологии:

Злокачественный нейролептический синдром:

Эпилептический статус:

Для заметок

ТЕМА 13: Методы профилактики и реабилитации в психиатрии, наркологии.

ЦЕЛЬ: Разобрать основные методы профилактики и реабилитации в психиатрии, наркологии.

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ:

1. Основные принципы и виды профилактики психических и поведенческих расстройств.
2. Определение понятия, стратегии, психологические технологии.
3. Психогигиена.
4. Реабилитация в психиатрии и наркологии.
5. Определение понятия, этапы, виды реабилитационных структур.

Дать определение основным терминам по теме.

Психопрофилактика - это

Задачами психопрофилактики являются:

Первичная психопрофилактика - это

Первичная психопрофилактика включает мероприятия по:

Вторичная психопрофилактика – это

Вторичная профилактика включает :

Третичная психопрофилактика – это

Психогигиена – это

Реабилитация – это

Основные принципы реабилитации психически больных:

Основные этапы реабилитации психически больных:

Для заметок

КУРАЦИЯ БОЛЬНЫХ И СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

Для более глубокого ознакомления с синдромами психических заболеваний, начиная с первого занятия по частной психопатологии, студенты курируют больных и в конце курации представляют историю болезни.

Беседу с больным необходимо вести спокойно, вежливо, тактично, желательно в присутствии медперсонала.

История болезни составляется по разделам, каждый из которых имеет свои особенности.

Паспортные данные психически больного получают обычно от его родственников или близких. В тех случаях, когда у больного имеются жалобы, он их должен перечислить сам, так как у некоторых больных наводящие вопросы чреваты опасностью внушения.

Анамнез жизни необходимо собирать тщательно и последовательно, в соответствии с прилагаемой схемой. Так, сведения о наследственности, развитии в детстве, социальном окружении, в котором формировалась личность и т. д., чрезвычайно важны для выявления первых признаков заболевания, особенностей его течения и понимания болезненных проявлений в настоящем. В связи с этим анамнез болезни следует за анамнезом жизни.

Анамнез болезни излагается в хронологическом порядке и должен отражать отношения больного к своим переживаниям. Из-за субъективности и болезненной искаженности сведений о жизни и болезни, полученных от больного, необходима беседа кураторов с его родными и близкими. При невозможности собрать „объективный“ анамнез, эти сведения извлекаются из клинической истории болезни.

Изучение психического статуса начинается с оценки вида больного, его поведения, отношения к врачу, определения состояния сознания, т. к. в структуре нарушенного сознания, нередко имеют место расстройства восприятия, мышления, памяти, эмоционально-волевой сферы и др. Оценка состояния той или иной сферы желательно иллюстрировать высказываниями больного и данными экспериментально-психологического исследования. Психический статус должен носить описательный характер.

Данные соматоневрологического обследования записываются лаконично, если нет предположений о связи психического заболевания с болезнями внутренних органов или очаговыми расстройствами нервной системы. В этих случаях особенно пристальное внимание уделяется результатам электро- и пневмоэнцефалографии, рентгеновским исследованиям, исследованиям ликвора, лабораторным анализам и заключениям специалистов.

В обосновании диагноза должны быть использованы необходимые материалы из клинической картины и анамнеза, в соответствии, с которыми определяется синдром и название болезни.

Раздел „Лечение“ включает перечисление, и обоснование применяемых методов лечения и может быть дополнен другими рекомендуемыми кураторами видами терапии.

Прогноз указывается и обосновывается, главным образом, в отношении выздоровления и трудоспособности. Защита истории болезни проводится на последнем занятии.

СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

1. Паспортная часть.

Фамилия, имя, отчество, год рождения, адрес/дата поступления в клинику.

2. Жалобы.

При отсутствии жалоб изложить причины поступления в клинику.

3 Анамнез жизни.

1). Состав семьи (полная, неполная). Число детей. Род занятий родителей, их культурный уровень, возраст к моменту рождения больного. Характер отношений в семье.

2). Наследственность: наличие алкоголиков, больных олигофренией, эпилепсией, психически и нервнобольных среди родителей и родственников (психопатических личностей, наркоманов, самоубийц, алкоголиков, „странных“), а также страдавших хроническими соматическими заболеваниями (сифилисом, туберкулезом, болезнями обмена веществ и эндокринных желез).

3). Беременность — которая по счету. Исход предыдущих и последующих беременностей (мертво рождения, выкидыши, аборт). Здоровье детей от предыдущих беременностей. Течение беременности (наличие токсикоза, инфекционного или вирусного заболевания, механических или психических травм, прием химически активных веществ, и на каком месяце).

4). Роды — физиологические, патологические, срочные, преждевременные, поздние. Длительность родов (причина, если дольше обычного). Применение стимуляторов (механические, лекарственные). Кесарево сечение. Асфиксия. Вес и рост при рождении.

5) Раннее детство (дизгенетические признаки). Внешность ребенка, тип вскармливания, аппетит, заболевания (диспепсия, дизентерия, пневмония, припадки и т. д.) и степень тяжести их протекания. Физическое и психическое развитие (сидение, стояние, ходьба, первые слова, фразы). Усвоение навыков опрятности, приема пищи. Игровая активность.

6) Дошкольный возраст. Особенности поведения дома и в детском коллективе. Особенности воспитания (строгое, мягкое, отсутствие общей линии). Наличие в этом возрасте страхов, заикания, сногворения, энуреза и др. Характерологические особенности.

7) Школьный возраст. Способности, прилежание, успеваемость, дисциплинированность, интересы, участие в общественной работе, отношение к товарищам, учителям, близким. Полученное образование. Жилищно-бытовые условия.

8) Перенесенные заболевания. Особое внимание обратить на туберкулез, сифилис, малярию, тиф, ревматизм, менингиты, энцефалиты, менингоэнцефалиты, полиомиелиты. Отметить очаги инфекции (тонзиллиты, гаймориты, фронтиты, отиты, кариес, остеомиелит, пиелит и др.), травмы мозга, припадки, обмороки. Психотравмы. Эндокринные болезни. Наркомании.

4. Анамнез болезни.

Что непосредственно предшествовало данному заболеванию. Когда и кем отмечены первые его признаки. В чем они проявлялись. Дальнейшее развитие заболевания. Причины предыдущих госпитализаций, применявшееся лечение, состояние при выписке. Психическое состояние после последней выписки. Вид поддерживающего лечения. С чем связано обострение болезни. Причины настоящей госпитализации

5. Объективный анамнез (со слов родственников или лиц, сопровождавших больного).

6. Состояние больного при поступлении в больницу.

7. Течение заболевания до момента осмотра. Лечение

8. Психическое состояние.

1) Доступность контакту (синтонен, формально доступен, малодоступен, недоступен). Манера держаться (спокоен, волнуется, смущен, робкий, боевой, застенчивый, развязан, естественен, манерен, жеманен, вежлив, груб, изысканно любезен). Отношение к беседе (замкнут, упрям, безразличен, негативистичен, общителен). Особенности позы, мимики, жесты, речь (запас слов, культура речи, темп, дефекты).

2). Сфера сознания: ориентировка в месте, времени, собственной личности, своем состоянии. Ясное или расстроенное сознание (астеническая спутанность, оглушение, делирий, онейроид, аменция, сумеречное и т. д.).

3). Сфера восприятия: точность, живость, эмоциональная окраска, целенаправленность. Изменения интенсивности (гипер- и гипопатия), психосенсорные расстройства, иллюзии, галлюцинации (их характер, содержание, влияние на поведение, отношение к ним больного).

4). Сфера мышления: тип (наклонность к абстрактному или конкретному мышлению). Установление различия или сходства по существенным и несущественным признакам. Субъективность мышления (влияние эмоций на суждения). Расстройства мышления — ускорение, замедление, заторможенность, остановки, наплывы, резонерство, обстоятельность, персеверация, символизм, разорванность, бессвязность, аутизм, идеи: доминирующие, сверхценные, навязчивые, насильственные, бредовые. Синдром Кандинского—Клерамбо.

5) Сфера чувств: преобладающее настроение и его устойчивость. Эмоциональная возбудимость, продолжительность переживания, склонность к вспышкам аффекта (степень последнего). Отдельные симптомы: мания, гипомания, эйфория, экстаз, депрессия, тревога, дисфория, апатия, тупость, лабильность, слабодушие, амбивалентность, неадекватность эмоций, фобии).

6). Волевая сфера: систематичность, болезненная нерешительность, энергичность, самоуверенность, наклонность к властвованию, уступчивость, легкая внушаемость, упрямство. Гипер, — гипо, — абулия. Амбитендентность. Навязчивые действия, негативизм (активный, пассивный). Катаlepsия, стереотипия, эхолоалия, эхопраксия. Импульсивные действия (клепто-, -пиро-, -дромомания). Речевое и двигательное возбуждение (кататоническое, гебефреническое, эпилептическое, психопатическое и др.) или торможение (различные виды ступора). Склонность к антисоциальным поступкам (воровство, ложь, хулиганство). Извращение инстинктов (пищевого, полового, самосохранения).

7). Сфера внимания: привлекаемость внимания, степень сосредоточения, устойчивость, истощаемость, распределяемость, объем, активность.

8) .Сфера памяти: тип памяти, быстрота и точность запоминания, ретенция, точность воспроизведения, гипер- и гипомнезия. Амнезия (фиксационная, ретро- и антероградная, психогенная и др.). Амнестическая афазия. Симптомы „уже виденного" и „никогда не виденного. Парамнезии (криптомнезии, конфабуляции, псевдореминисценции). Синдром Корсакова. Инфантильно-астеническое расстройство памяти.

9). Интеллектуальная сфера: запас знаний, способность ими оперировать. Сметливость, находчивость, комбинаторные способности. Круг представлений о явлениях природы, культурной, политической жизни, морально-правовой деятельности. Богатство или бедность воображения. Ценность суждения. Степень слабоумия и его форма. Парциальность или тотальность слабоумия.

10. Наблюдение за больным в отделении: творчество больного (жалобы, письма, стихи, рассказы, рисунки, изделия). Взаимоотношения с окружающими, дисциплинированность, соблюдение режима, отношение к лечению.

9. Неврологический статус.

Черепно-мозговые нервы. Двигательная сфера (параличи, парезы, контрактуры, гиперкинезы). Расстройства координации движений. Чувствительная сфера: гиперестезии, анестезии, нарушение глубокой чувствительности. Рефлексы (сухожильные, периостальные, кожные, патологические). Расстройства речи и почерка. Вегетативная нервная система: дермографизм, потливость, проявления аллергии.

10. Соматический статус.

Внешний вид, телосложение (астеническое, диспластическое и т. д.). Кожа и слизистые. Дыхательная система, сердечно-сосудистая система (краткий статус). Основные физиологические отправления.

11. Результаты лабораторных и параклинических исследований.

Общие анализы крови и мочи, данные рентгеноскопии и графин, ЭЭГ, РЭГ, краниограмма; результаты, экспериментально-психологического. исследования и пр.

12. Диагноз и его обоснование (без дифференциального диагноза)

13. Лечение данного заболевания (в реферативной форме).

14. Экспертная оценка: трудовая, военная и судебно-психиатрическая экспертизы

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ

1. Основные достижения научной и практической психиатрии в XX веке. Принципы современной классификации психических расстройств.
2. Основные этапы и направления развития психиатрии. Основные принципы оказания психиатрической помощи в РФ на современном этапе.
3. Организация психиатрической помощи в России. Основные показатели психического здоровья населения Краснодарского края.
4. Понятие здоровья, нормы и патологии в психиатрии. Факторы риска возникновения психических заболеваний.
5. Психопатологические симптомы и синдромы. Ранги психических расстройств, понятие психоза. Продуктивная и негативная симптоматика. Диагностическое и прогностическое значение этих понятий.
6. Добровольная и недобровольная психиатрическая помощь. Правила психиатрического освидетельствования, госпитализации в психиатрический стационар, помещения на диспансерный учет. Этика в психиатрии.
7. Методы обследования и диагностики применяемые в психиатрии. Правила сбора анамнестических сведений, их анализ. Использование лабораторных, инструментальных и психологических методов, их диагностические возможности.
8. Гражданские права психически больных. Ограничения, которые может накладывать психическое заболевание на осуществление прав больных. Понятия правоспособности и дееспособности. Правила осуществления опеки.
9. Психопатологические симптомы и синдромы. Понятие психоза.
10. Продуктивная и негативная симптоматика в психиатрии. Диагностическое и прогностическое значение.
11. Основные виды биологической терапии психических заболеваний. Основные группы психофармакологических веществ применяемых в психиатрии, спектр их терапевтической активности.
12. Понятие нейролептического синдрома. Клинические проявления, виды дискинезий. Методы терапии, профилактика возникновения.
13. Психотерапия. Виды психотерапевтического воздействия, применяемые методы и средства. Показания и противопоказания.
14. Психогигиена и психопрофилактика: определение, задачи, значение.
15. Расстройства восприятия, мышления, интеллекта, памяти
16. Расстройства движения, эмоций, сознания, пароксизмы
17. Расстройства личности. Понятия гармоничной и акцентированной личности, их отличие от психопатий и изменений личности вследствие прогрессивных психических заболеваний.
18. Шизофрения: определение, классификация по МКБ -10. Ранние признаки заболевания.

19. Биполярное аффективное расстройство (маниакально-депрессивный психоз): определение, критерии диагностики, основные закономерности течения, клинические варианты, прогноз.
20. Общие проявления различных органических заболеваний головного мозга. Синдромы экзогенного, эндогенного типа.
21. Систематика органических расстройств по МКБ -10. Психоорганический синдром, клинические варианты. Значение параклинических методов в установлении диагноза.
22. Психогенные заболевания: общие критерии диагностики, систематика, течение, прогноз).
23. Характеристика факторов, являющихся психотравмирующими для человека.
24. Реактивные психозы: определение, этиология и патогенез. Клинические формы и их типичные симптомы, течение, прогноз. Дифференциальная диагностика, лечение
25. Невротические и соматоформные расстройства: классификация, условия возникновения, закономерности течения, прогноз.
26. Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (психопатии). Определение, причины возникновения, критерии диагностики, классификация по Ганнушкину, течение и прогноз). Понятие компенсации и декомпенсации.
27. Алкоголизм: терминология и классификация. Течение и прогноз.
28. Диагностические критерии алкогольной зависимости по МКБ -10, основные синдромы и их психопатологическая структура.
29. Острые металкогольные психозы: определение, классификация, прогноз. Лечение алкогольного делирия. Уход и надзор.
30. Алкогольная зависимость у женщин. Особенности течения, прогноз.
31. Особенности течения алкогольной зависимости в подростково-юношеском возрасте. Роль наследственности, преморбидных особенностей, микросоциального окружения.
32. Основные принципы и виды профилактики алкоголизма. Определение понятия, стратегии, психологические технологии
33. Реабилитация в наркологии. Определение понятия, виды реабилитационных структур.
34. Наркомании: определение, основные критерии наркотического вещества и зависимости от психоактивных веществ (по МКБ – 10).
35. Определение понятий: ПАВ, злоупотребление, зависимость.
36. Заболеваемость и болезненность наркоманиями в Краснодарском крае.
37. Классификация наркоманий. Этиология и патогенез (на примере опийной наркомании).
38. Токсикомании: определение, общая характеристика, классификация.
39. Токсикомании у подростков. Особенности клиники.
40. Ятрогенные наркомании и токсикомании. Особенности клиники

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ.....	3
ВВЕДЕНИЕ.....	4
УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ.....	5
Тема № 1.....	7
Тема № 2.....	9
Тема № 3.....	11
Тема № 4.....	14
Тема № 5.....	17
Тема № 6.....	20
Тема № 7.....	23
Тема № 8.....	27
Тема № 9.....	30
Тема № 10.....	34
Тема № 11.....	37
Тема № 12.....	40
Тема № 13.....	41
КУРАЦИЯ БОЛЬНЫХ И СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ.....	43
ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ.....	46