

## Задача № 1

Больная В., 15 лет. Жалобы: приступы с выключением сознания при просмотре телепередач. Анамнез заболевания: первый генерализованный приступ возник в 6 лет при просмотре телепередачи. С 7 лет появились припадки с прикрыванием глаз с легким клоническим подергиванием век ретропульсивным компонентом продолжительностью от 3 до 6 сек

ки. Приступы возникали исключительно при переходе из затемненного помещения на свет, взгляде на снег, поверхность воды в солнечный день и пр. С этого же возраста участились Генерализованные судорожные приступы (ГСП), в среднем, до 1 раза в мес, возникая исключительно во время просмотра телепередач. При сокращении расстояния до телеэкрана менее, чем до 1 метра, начинала пристально смотреть на телеэкран и ощу невозможность отвести взгляд от телевизора. Через несколько секунд появлялось ощущение насильственного притяжения к экрану. При этом де риптом Р4еП2очка Рмедленно Р? Приближалась к телевизору Аозна П=ие РАужалось Б 7атем Р2озникали РСтрата РАознания Р8РАудороги Б продолжительностью до 3 мин. Также приступы провоцировались ручным переключением телепрограмм

Анамнез жизни: от 2-ой физиологической беременности срочных родов. Родилась с весом 3500 г ростом 52 см. Психомоторное развитие по возрасту. Наследственность не отягощена. Менструации с 13 лет, цикл неустойчивый. Связи приступов с менструацией нет. Проявление выраженной фотофобии с 9 лет: резь в глазах, слезотечение на свету и при переходе из темного помещения на свет.

Неврологический статус Черепные нервы: черепные нервы интактны.

Двигательная сфера: парезов нет, диффузная мышечная гипотония. Сухожильные рефлексы умеренно оживлены S oD, рефлексогенная зона расширена; двусторонний рефлекс Россолимо.

Координаторная сфера: патологии не выявлено. Чувствительная сфера: нарушений глубокой и поверхностной чувствительности нет.

Интеллект: нормален.

Дополнительные методы обследования.

Глазное дно: норма. КТ: норма.

ЭЭГ (межприступный период, бодрствование): ос

Тк =орма Ю

-ЭГР(межприступный период ос П=овная Р0ктивность РДона РАохранна Ю

новная активность фона сохранна. Констатируется генерализованная пик- и полипиковолновая активность 3 Гц в фоне и многократно при РФС.

Вопросы

1. Предполагаемый нозологический диагноз

- А. Идиопатическая фотосенситивная затылочная эпилепсия
- В. Доброкачественная психомоторная эпилепсия
- С. Чистая (первичная) фотосенситивная эпилепсия: абсансы и ГСП
- Д. Органическое заболевание головного мозга с эписиндромом

Е Психогенные приступы

2 Возможная схема терапии

- А. Реланиум + клоназепам
- В. Карбамазепин
- С. Депакин
- Д. Фенитоин + карбамазепин + гексамидин
- Е. Фенобарбитал + бензонал

## Задача № 2

Больной Н.Е., 23 года.

Жалобы: подергивания рук и приступы судорог с потерей сознания.

Анамнез заболевания: приступы дебютировали в 18 лет, во время прохождения службы в армии, после 3 суток депривации сна (ночные учения). Пациент уснул и был внезапно разбужен по тревоге. Сразу после пробуждения отметил сильные насильственные подергивания рук, что мешало одеваться. Когда больной схватил табельное оружие (автомат Калашникова), то вновь почувствовал подергивания рук и непроизвольно отбросил автомат в сторону. В последующие минуты несколько раз происходили бросковые движения рук, и он ронял автомат на пол. Больному было вынесено взыскание, и лишь через 3 мес. он был комиссован с диагнозом "хо

рея". В дальнейшем приступы стали возникать ежедневно, проявляясь сильными ритмичными синхронными и симметричными подергиваниями рук преимущественно предплечий особенно разгибателей.

Приступы появлялись только в течение 30 мин. после пробуждения и в момент засыпания.

Анамнез жизни: ранний анамнез без особенностей. Развивался по возрасту. Регулярно принимает алкоголь с 21 года. Наследственность отягощена. Имеет племянницу 11 лет, страдающую юношеской абсанс эпилепсией с 10 лет.

Неврологический статус.

Черепные нервы: недостаточность конвергенции справа.

Двигательная сфера: объем активных и пассивных движений в конечностях полный, парезов нет. Мышечный тонус проксимальных дистальных отделах рук и ног нормален равномерен.

Сухожильные рефлексы двуглавых и трехглавых мышц арпорадиальные коленные ахилловы оживлены =екотоПрымРрасширениемРрефлексогеннойР7оныЬ D=S.

рым расширением рефлексогенной зоны, D=S. Па

аПВологические рефлексы отсутствуют 2Р?озеР омбергаРСстойчивЮ

тологические рефлексы отсутствуют; в позе Ромберга устойчив. Координаторные пробы выполняет четко.

Чувствительная сфера: нарушений глубокой и поверхностной чувствительности не выявлено. верхностной чувствительности не выявлено. Интеллект: нормален.

Вопросы

1. Каким видом приступов страдает больной?

- A. Вторично-генерализованные судорожные приступы
- B. Атонические приступы
- C. Типичные абсансы
- D Тонико-клонические генерализованные судорожные приступы
- E Миоклонические приступы

2 Возможная схема терапии

- A. Депакин- хроно
- B. Карбамазепин
- C. Реланиум + клоназепам
- D. Фенитоин + карбамазепин + гексамидин
- E. Ламиктал + бензонал

### Задача № 3

Больная О.Н., 27 лет.

Жалобы: судорожные приступы с выключением сознания.

Анамнез заболевания: больна с 14 лет. Появились генерализованные тонико-клонические судорожные приступы с выключением сознания преимущественно при пробуждении. Приступы дебютировали с началом менархе и сразу приняли менструальнозависимый характер. Пароксизмы возникали исключительно в один из первых трех дней менструации. Частота приступов 1 раз в мес. — 1 раз в 2 мес, продолжительность 1 мин.

Анамнез жизни: раннее развитие без особенностей. Менархе в 14 лет. Менструальный цикл неустойчив с самого начала менструаций. Отмечается опсоменорея с альгоменореей. Не замужем, половой жизнью не жила. Семейный анамнез не отягощен.

Неврологический статус.

Черепные нервы: нарушений функции черепных нервов не отмечено.

Двигательная сфера: объем активных и пассивных движений в конечностях сохранен, парезов нет. Мышечный тонус физиологичен. Сухожильные рефлексы с конечностей высокие, S=D.

Чувствительная сфера: нарушений поверхностной и глубокой чувствительности нет.

Координаторная сфера: в позе Ромберга устойчива. Легкий тремор пальцев вытянутых рук.

Интеллект: сохранен.

Дополнительные методы обследования.

Глазное дно: норма. КТ: норма.

ЭЭГ: (межприступный период, бодрствование, се

Тк =ормаЮ

-ЭГк (межприступный период бодрствование в АеПрединаР

редина МЦ). При сохранном основном ритме однократно в фоне и двукратно при гипервентиляции отмечаются единичные разряды комплексов пик-волна с частотой около 3 Гц, генерализованных по всем отведениям, возникающих билатерально-синхронно и симметрично.

Вопросы

1. Предполагаемый нозологический диагноз

А. Менструальнозависимая абсанс эпилепсия с ранним дебютом

В. Доброкачественная психомоторная эпилепсия

С. Органическое заболевание головного мозга с эписиндромом

Д. Эпилепсия с изолированными генерализованными судорожными приступами, менструальнозависимая

Е. Психогенные приступы

2. Возможная схема терапии

А. Реланиум + клоназепам

В. Карбамазепин + амитриптилин

С. Депакин + оксипригестерона капронат

Д. Фенитоин + карбамазепин + гексамидин

Е. Фенобарбитал + бензонал

3. Анtikонвульсивным эффектом обладают следующие гормоны, кроме:

А. Прогестерон



днако Р Вут Р бе Р «опомнилась 8 Р А тала Р В ре П овать Р = аркоза Ю бовать наркоза. На следующий день после осмотра терапевтом и ЭЭГ (эпилептическая активность не зарегистрирована), выписана домой.

Вопросы:

Дайте определение данному состоянию.

- А. Длющиеся припадки
- В. Эпилептический статус
- С. Серийные припадки
- Д. Статус псевдоэпилептических приступов
- Е. Сумеречное помрачение сознания

2. С современных позиций диагностика формы эпилепсии проводится на основании:

- А. Анамнеза
- В. Клиники
- С. ЭЭГ, видео-ЭЭГ- мониторинга
- Д. Нейровизуализации
- Е. Все вышеперечисленное верно

Задача № 5

Больная, 26 лет, школьная учительница. В возрасте 23 лет среди полного здоровья начались эпилептические при

падки. В возрасте 5 лет у нее было двустороннее воспаление среднего уха, после которого Р 2озрасте Р 5 ;ет Р С Р = е е Р 1 ыло Р 4вустороннее Р 2оспаление Р Ареднего Р Схаь ?

осле Р: ото П ро го Р 2 Р Вечение Р = е сколько Р месяцев Р оставались Р 3оловные Р 1 оли Ю ро го в течение нескольких месяцев оставались головные боли. Генерализованные судорожные припадки чередовались с простыми и сложными фокальными приступами.

Больная описала свой припадок следую

ольная Р описала Р Авой Р ?рипадок Р Аледую П им Р образомк «

щим образом: «Полная последовательность вспоминаемых мыслей такова: пройдет утро, затем полдень, затем наступит вечер. Или, например: этот дом был построен, он будет разрушен, новый будет построен и будет разрушен. Не было ли этих мыслей раньше? Действительно, разве все это уже не происходило раньше? Затем глубокий вздох и

ощущение, поднимающееся от желудка и груди. Все вышеописанное происходит очень быстро, возможно, меньше, чем в четверть секунды. Одновременно представление темноты, т. е. поднимается темная фигура, притаивается в угрожающем положении. Фигура кажется жестикулирующей длинным острым орудием, возможно, зонтиком. Это сопровождается постоянным желанием воды. Затем наступает туман, как будто бы клочковатые облака плывут одно за другим. Потом полная потеря сознания».

Вопросы:

Какие психопатологические феномены описаны в данном примере?

- А. Насильственные стереотипные мысли
- В. Чувство уже пережитого
- С. Эпигастральная аура
- Д. Зрительные галлюцинации
- Е. Все вышеперечисленное

Возможные варианты ауральных проявлений при эпилепсии

- А. Чувство страха и тревоги
- В. Висцеро-вегетативные

- C. Психосенсорные
- D. Все вышеперечисленное
- E. Ничего из вышеперечисленного

#### Задача № 6

Больная Л., 23 лет. Доставлена машиной скорой помощи. в 22 ч 35 мин в Институт им. Н.В.Склифосовского. Анамнез не известен. Состояние тяжелое. Без сознания. Астенического телосложения, пониженного питания, кожные покровы бледные с цианотическим оттенком. Температура тела 37,8°C. Каждые 2—3 мин повторяются судорожные припадки: напряжение мышц лица, опистотонус, разгибание предплечий и кистей рук, бедер, голеней и стоп. На высоте припадка отмечается мелкое мышечное дрожание. Во время припадка зрачки максимально расширены, глазные яблоки в состоянии дивергенции, зрачковые и корнеальные рефлексы отсутствуют. Апноэ, углубляющийся цианоз, тахикардия до 150 в минуту. Длительность припадка около 30 с, он заканчивается рвотой. В легких везикулярное дыхание, границы сердца не изменены. Пульс 120 в минуту. АД 100/60 мм рт. ст. Зрачки сужены, их реакция на свет сохранена, корнеальные рефлексы живые. Кожные и глубокие рефлексы снижены. Защитно-рефлекторные движения вызываются от чрезмерных раздражений. Двусторонний симптом Бабинского. Анализ крови: л. 16,5-106, э. 0, п. 2%, с. 71%, лимф. 25%, мон. 2%, СОЭ 5 мм/ч. Люмбальная пункция; давление цереброспинальной жидкости 150 мм водн.ст., жидкость прозрачная, бесцветная. Состав: белок 0,06 г/л, цитоз 2/3, реакция Панди положительная. В моче следы белка.

Вопросы:

Дайте определение данному состоянию.

- A. Статус генерализованных тонико-клонических приступов
- B. Статус абсансов
- C. Серийные припадки
- D. Статус псевдоэпилептических приступов
- E. Статус тонических приступов

Основными синдромологическими проявлениями судорожного эпилептического статуса будут являться:

- A. Судорожный синдром, синдром нарушенного сознания, кардиоваскулярный синдром, синдром нарушения дыхания, синдромы нарушения гомео- и гемостаза
- B. Судорожный синдром, синдром нарушенно

сновными РАиндромологическими Р?

роявлениями РАудорожного РМпилептического РАтатуса Р1удут РОвлятьсяяк

А. !удорожный РАиндромЬ

Аиндром Р=арушенного РАознанияЬ :ардиоваскулярный РАиндромЬ

Аиндром Р=арушения Р4ыханияЬ Аиндромы Р=арушения РЗомеоЭ 8РЗемостазаЙВ. !

удорожный РАиндромЬ Аиндром Р=арушенноЕ

мЬ Аиндром Р=арушенного РАознанияЬ :ардиоваскулярный РАиндромЬ

Аенестоипохондрический РАиндромЬ Аиндромы Р=арушения РЗомеоЭ 8РЗемостазаЙ

м, синдром нарушенного сознания, кардиоваскулярный синдром,  
сенестоипохондрический синдром, синдромы нарушения гомео- и гемостаза

### Задача № 7

Больной А.Б., 40 лет. В анамнезе: родился недоношенным с признаками асфиксии; в 16 лет ЧМТ с потерей сознания. В 17 лет первый генерализованный судорожный припадок. 2-ой через полгода. Далее с частотой 1-2 раза в месяц в течение 2-х лет . На фоне терапии произошло урежение приступов. К 20 годам присоединились единичные парциальные пароксизмы. Терапию принимал нерегулярно алкоголизировался. К настоящему времени имеются стойкие изменения личности.

У больного расстройства настроения чаще всего проявляются в приступах тоскливо-злобного настроения: недоволен, придирчив, мрачен и раздражителен.

Нередко к тоскливо-злобному настроению примешивался страх, порой доминирующий в клинической картине. На этом фоне больной начинал запойно злоупотреблять алкоголем или отправлялся бродяжничать. Несколько раз испытывал следующее состояние. Сознание больного как бы концентрически сужалось, и из всего многообразного внешнего мира он воспринимал только какую-то часть явлений и предметов, главным образом те, которые его эмоционально в данный момент затрагивали. Образно такое состояние сравнивают с состоянием человека, идущего по очень узкому коридору: справа и слева – стена и только впереди мерцает какой-то свет.

Присоединялись нарушения восприятия: зрительные и слуховые образы имели устрашающий характер, окрашены в красные и черно-синие тона. Больной видел черный топор, обгаренный кровью, и вокруг разрубленные части человеческого тела, ему казалось, что на него хотят напасть. Больной сначала прятался в ванной, потом напал на супругу и начал избивать, та вырвалась и убежала

ольной РАначала Р?ртался Р2Р2аннойЬ ?отом Р=апал Р=а РАупругу Р8Р=ачал Р8збиватьЬ

Ва Р2ырвалась Р8Р2ыбежЕ

0зался Р2РМтом Рмагазине Р8Р1ыл Р7адержанЮ

азался в этом магазине и был задержан.

Вопросы:

Какое нарушение сознания описано в примере?

А. Алкогольный делирий

В. Сумеречное помрачение сознания

С. Эпилептический онейроид

Д. Острый параноид

Е. Психосенсорная аура

2. Какие эмоционо-волевые расстройства могут наблюдаться у данной категории больных в

межиктальном периоде

А. Вязкость аффекта

В. Импульсивность

С. Эксплозивность

Д. Дефензивность (мягкость, угодливость, ранимость)

Е. Все вышеперечисленное

#### Задача № 8

Больной Р.Д., 25 лет. разнорабочий

Анамнез заболевания: приступы дебютировали в 17 лет, проявляясь сильными ритмичными синхронными и симметричными по

намнезР7аболеванияк ?риступыР4ебютировалиР2Р17 ;еть ?

роявляясьРАильнымиРритмичнымиРАинхроннымиР8РАимметричнымиР?

оП4ергиваниямиРрукЬ ?реимущественноР?лечР8Р?редП?лечийЬ особенноРразгибателейЮ

'астотаР8Р8нтенсивностьР?риПАтуповР=арасталаР?риР4епривацииРАнаР8Р2незапномР?

робужденииЮ

ступов нарастала при депривации сна и внезапном пробуждении. Алкоголь значительно уменьшал выраженность приступов, в связи с чем возникла склонность к алкоголизации.

Через 5 мес. после начала заболевания присоединились приступы, воз

лкогольР7начительноРСменьшалР2ыраженностьР?риступовЬ

2РАВязиРАРГемР2озниклаРАклонностьР:Р0лкоголизацииЮ 'ерезР5 месЮ ?

ослеР=ачалаР7аболеванияР?рисоединилисьР?риступыЬ 2озП=икающиеРАразуР?ослеР?

робужденияР8Р?роявлялисьРоощениемР2незапныхРАильныхР"СдаровР?одР:олеП=иТ,

2РАВязиРАРГемР?ациентРрезкоР?адалР=аРОгодицыЮ

ни", в связи с чем пациент резко падал на ягодицы. В течение 20-30 мин. после пробуждения больной был вынужден лежать или сидеть в постели или пе

РВечениеР20-30 минЮ ?ослеР?

робужденияР1ольнойР1ылР2ынужденР;ежатьР8лиРАидетьР2Р?остелиР8лиР?

еПредвигатьсяР=аР?олусогнутыхР=огахР("ЗусинымРНаПЗомТ),

СтобыР8збежатьРАильныхР?аденийЮ 'астотаР4анныхР?риступовРАоставлялаР2

гом"), чтобы избежать сильных падений. Частота данных приступов составляла 2—4 раза в нед., и так

разаР2Р=едЮ, 8РВакПбеРотмечаласьРГеткаяР7ависимостьРотР4епривацииРАнаЮ

же отмечалась четкая зависимость от депривации сна.

Анамнез жизни: ранний анамнез без особенностей. Развивался по возрасту. Регулярно принимает ал

намнезРбизник раннийР0намнезР1езРособенностейЮ азвивалсяР?оР2озрастуЮ егулярноР?

ринимаетР0лП:огольРАР19 ;етЮ

коголь с 19 лет. Наследственность отягощена. Имеет племянницу 13 лет, страдающую эпилепсией.

Неврологический статус.

Черепные нервы: недостаточность конвергенции справа.

Двигательная сфера: объем активных и пассивных движений в конечностях полный, парезов нет. Мы

ыПНечныйРВонусР2Р?роксимальныхР8Р4истальныхРотдеП;ахРрукР8Р=огР=ормаленЬ

равномеренЮ

лах рук и ног нормален, равномерен. Па

аПВологическиеРрефлексыРотсутствуютЮ

тологические рефлексы отсутствуют.

Координаторная сфера: в позе Ромберга устойчив. Координаторные пробы выполняет четко. Чувствительная сфера: нарушений глубокой и поверхностной чувствительности не выявлено. Интеллект: нормален.

Вопросы

1. Предполагаемый нозологический диагноз

- A. Доброкачественная психомоторная эпилепсия
- B. Приступы, связанные с отменой алкоголя
- C. Органическое заболевание головного мозга с эписиндромом
- D. Миоклоническая эпилепсия с миоклонически-астатическими приступами
- E. Эпилепсия с вторично-генерализованными тонико-клоническими приступами

2. Возможная схема терапии

- A. Реланиум + клоназепам
- B. Карбамазепин + амитриптилин
- C. Депакин-хроно
- D. Фенитоин + карбамазепин + гексамидин
- E. Фенобарбитал + бензонал

Задача № 9

Больной С.Л., 35 лет, слесарь

Жалобы: судорожные приступы с выключением сознания. Алобык Аудорожные приступы с выключением сознания.

Болен с 19 лет. Наследственность отягощена эпилепсией по материнской линии. Пароксизмы характеризуются следующей симптоматикой: потерей сознания, напряжением произвольной мускулатуры, внезапным и быстрым падением, сопровождаемым громким криком, остановкой дыхания, нарастающей бледностью кожных покровов и слизистых оболочек, сменяющаяся цианозом. Зрачки расширены, на свет не реагируют. Через 30—60 секунд верхняя челюсть совершает движения, при которых прокусывает язык. Голова совершает ритмические движения сгибания и разгибания, реже ротации. В плечах отмечаются сгибание и разгибание, реже — отведение и приведение, в предплечьях — разгибательно-пронаторные движения; иногда разгибательно-супинаторные движения чередуются со сгибательными. В ногах судороги совершаются, как правило, по типу тройного укорочения и последующего удлинения дыхания восстанавливается, становится шумным, прерывистым. Изо рта выделяется пена, нередко окрашенная кровью. Возможно непроизвольное мочеиспускание. Сознание глубоко помрачено. По прошествии двух-трех минут, выявляется мышечная гипотония, патологические рефлекс, мидриаз, отсутствие реакции зрачков на свет. Затем следовал

глубокий продолжительный сон. После припадка часто выявлялись послеприпадные расстройства. Воспоминаний о припадках у больного не сохранялось. Только тогда был выставлен диагноз. В настоящее время судорожные приступы возникают периодически в виде приступов судорожного характера продолжительностью до 1 раза в нед. Общая продолжительность приступа — 3 мин. ЭЭГ: (межприступный период, бодрствование). Альфа ритм 10 Гц, 90 мкВ, зональные различия выявлены. Бета ритм средней выраженности в передних отделах. Отмечается нерегулярное ритмическое замедление в ритме тета (5-6 Гц), преципитация мускульно-электрических отведений. В фоновой записи трехкратно констатируются короткие вспышки генерализованной полипик-волновой активности с амплитудным преобладанием в левой гемисфере и частотой около 3 Гц. КТ: патологических изменений не выявлено

Вопросы

1. Каким видом приступов страдает больной?
  - A. Вторично-генерализованные судорожные приступы
  - B. Атонические приступы
  - C. Типичные абсансы
  - D. Тонико-клонические генерализованные судорожные приступы
  - E. Миоклонические приступы
2. Возможная схема терапии
  - A. Депакин-хроно
  - B. Карбамазепин
  - C. Реланиум + клоназепам
  - D. Фенитоин + карбамазепин + гексамидин
  - E. Ламиктал + бензонал

Задача № 10

Больной В., 27-и лет, шофер. Перед началом работы больной внезапно потерял сознание, но не упал. Судорожные явления ограничиваются клоническими подергиваниями отдельных групп мышц с последующей амнезией. Состояние длилось менее минуты. К врачу пришел впервые. На ЭЭГ "спайк-волны" частотой 3-3,5 гц. генерализованные.

Вопросы

1. Предположительный диагноз?
  - A. Псевдозпилептический приступ
  - B. Эпилепсия со сложными фокальными приступами
  - C. Транзиторная ишемическая атака
  - D. Эпилепсия со сложными типичными абсансами
  - E. Синкопальное состояние
2. Возможная схема терапии

- A. Депакин- хроно
- B. Карбамазепин
- C. Реланиум + клоназепам
- D. Фенитоин + карбамазепин + гексамидин
- E. Ламиктал + бензонал

#### Задача № 11

Больной В., 29 лет Предприниматель. Анамнез без особенностей. ЯМРТ. -норма Ранее не лечился. Дебют в 18лет Больной 2-3 раза в год при пробуждении или засыпании внезапно, без ауры, теряет сознание, падает, иногда с резким пронзительным криком, появляются последовательно сменяющиеся тонические и клонические судороги, заканчивающиеся амнезией.

Вопросы

1. Предположительный диагноз?

- A Эпилепсия Кожевникова
- B. Эпилепсия с вторично -генерализованными приступами
- C. Болезнь Меньера
- D Эпилепсия с типичными абсансами
- E Эпилепсия с первично-генерализованными тонико-клоническими припадками.

2 Возможная схема терапии

- A. Фенитоин + карбамазепин + гексамидин
- B. Депакин- хроно
- C. Реланиум + клоназепам
- D. карбамазепин+ ламотриджин
- E. Ламиктал + бензонал

#### Задача № 12

Больной Т., 22 года, работает токарем на станции. Впервые обратился с жалобами на пароксизмы. Больной внезапно бледнеет, лицо делается "пустым", невыразительным, взгляд неподвижно устремлен в пространство. Больной или замолкает, или прек

ольнойР8лиР7амолкаетЪ 8лиР?рекЁ

4оэпилептическийР?риступЙВ. -пилепсияРАоРАложнымиРДокальнымиР?риступамиЙС.

"ранзиторнаяР8шемическаяР0такаЙD -пилепсияРАРВиичнымиР0бсансамиЙ

доэпилептический приступ

- B. Эпилепсия со сложными фокальными приступами
- C. Транзиторная ишемическая атака
- D Эпилепсия с типичными абсансами
- E Синкопальное состояние

2 Возможная схема терапии

- A. Реланиум + клоназепам
- B. Карбамазепин

- С. Депакин -хроно
- D. Фенитоин + карбамазепин + гексамидин
- Е. Ламиктал + бензонал

#### Задача № 13

Больной Е., 17 лет. Последний год у больного внезапно помрачается сознание: он дезориентирован в окружающем, но сохраняется взаимосвязанность действий и поступков. В это время он высказывает бредовые идеи, испытывает галлюцинации на фоне бурного аффекта страха, тоски, злобы. Больной резок, агрессивен, его охватывает ярость с бессмысленным стремлением к разрушению или убийству. Такие состояния возникают и прекращаются внезапно. Повторяется 1 -2 раза в неделю.

Вопросы:

1. Какое расстройство описано в примере?

- A. Алкогольный делирий
- B. Кататоническое возбуждение
- C. Эпилептический онейроид
- D. Острый параноид
- Е. Сумеречное помрачение сознания (галлюцинаторно- бредовой вариант)

2. Назовите факторы, способствующие развитию психических нарушений при эпилепсии

- A. Врожденное или приобретенное поражение головного мозга - травмы, нейроинфекции, пре-, пери- и постнатальная патология и др.
- B. Образ жизни больного и социальные ограничения
- C. Побочные эффекты антиэпилептических препаратов
- D. Патогенетическое влияние эпилептических приступов
- Е. Все вышеперечисленное

#### Задача № 14

Больная 18-ти лет утром отправилась на работу, однако бессмысленно бродила по городу, разъезжала на городском транспорте. На встречающихся знакомых производила впечатление угрюмой, утомленной и какой-то растерянной, отвечала на несложные вопросы, но не вызывала у окружающих каких-либо подозрений в ее психическом неблагополучии. Как сообщила потом больная, она оказалась н

акРАообщилаР?отомР1ольнаяБ онаРоказаласьР=È

?риступамиР?оРВипуРВрансовИС. -пилепсияРАР?ростымиРДокальнымиР?риступамиРАР?

сихическимиР=арушениямиИD -пилепсияРАРВипичнымиРОбсансамиИ

приступами по типу трансов

- C. Эпилепсия с простыми фокальными приступами с психическими нарушениями
- D Эпилепсия с типичными абсансами
- Е Синкопальное состояние

2. Психические расстройства больных эпилепсией определяются:

- A. Эпилептизацией
- B. Органическим поражением головного мозга
- C. Побочным действием антиэпилептических препаратов - фармакогенные изменения;
- D. Формой эпилепсии

Е. Все вышеперечисленное

#### Задача № 15

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

Вопросы

1. Предположительный диагноз?

- А. Эпилепсия со сложными фокальными приступами по типу сомнамбулизма и ночного энуреза
- В. Эпилепсия со сложными фокальными приступами по типу трансов и ночного энуреза
- С. Эпилепсия с простыми фокальными приступами с психическими нарушениями, ночной энурез
- Д. Идиопатическая генерализованная эпилепсия с психосенсорными нарушениями и ночным энурезом
- Е. Ничего из вышеперечисленного

2. Психические расстройства больных эпилепсией определяются:

- А. Органическим поражением головного мозга, лежащим в основе заболевания
- В. Результатом деятельности эпилептического очага, зависят от локализации очага;
- С. Стрессовыми факторами;
- Д. Формой эпилепсии
- Е. Все вышеперечисленное

#### Задача № 16

Больной Л., 16 лет впервые обратился к врачу. Как выяснилось из беседы, он вышел из института вместе с товарищами, "разговаривали на общие темы". Внезапно он как-то резко повернулся и бросился на проезжую часть дороги. Там остановился и стал снимать пальто резкими движениями. Вскоре прекратил свои действия и растерянный подошел к своим товарищам. Объяснить свое поведение не смог, растерянно оглядывался на остановившихся прохожих.

Вопросы

1. Предположительный диагноз?

- А. Эпилепсия со сложными фокальными приступами по типу сомнамбулизма
  - В. Эпилепсия со сложными фокальными приступами по типу трансов
  - С. Эпилепсия с простыми фокальными приступами с психическими нарушениями
  - Д. Идиопатическая генерализованная эпилепсия с сенсорными нарушениями
  - Е. Эпилепсия со сложными фокальными приступами по типу фуги
2. При какой при локализации очага чаще развиваются хронические эпилептические психозы ?
- А. теменной
  - В. височной
  - С. затылочной
  - Д. лобной

Е. все вышеперечисленное

#### Задача № 17

Больная О., 34 года, страдает эпилепсией с 9-и лет в виде генерализованных тонико-клонических приступов. Обычно она утрированно вежлива и слащава в обращении с персоналом. Внезапно состояние меняется, она становится злобной, тоскливой, тревожной. Высказывает недовольство тем, что происходит вокруг, конфликтует с больными, громко, цинично бранится, сетует на плохое отношение, с ожесточением набрасывается на больных. Спустя сутки-двое ее поведение становится обычным.

Вопросы

1. Предположительный диагноз?

- А. Эпилепсия с генерализованными тонико-клоническими и со сложными фокальными приступами по типу сомнамбулизма
- В. Эпилепсия со сложными фокальными приступами по типу транс
- С. Эпилепсия с простыми фокальными приступами с психическими нарушениями
- Д. Эпилепсия с генерализованными тонико-клоническими и сложными психическими эмоциональными (по типу дисфории) фокальными приступами
- Е. Эпилепсия со сложными фокальными приступами по типу фуги

2. Характерологическими особенностями изменений личности при эпилепсии являются все кроме:

- А. Эгоцентризм
- В. Обстоятельность
- С. Педантизм
- Д. Сочетание грубости и угодливости
- Е. Злопамятность, мстительность

#### Задача № 18

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

Вопросы

Нарушение интеллекта при эпилепсии наиболее характерно для:

- А. Криптогенной эпилепсии
- В. Идиопатической эпилепсии
- С. Симптоматической эпилепсии
- Д. Эпилептической энцефалопатии
- Е. Все перечисленное верно

2. При эпилепсии выявляются следующие расстройства мышления, кроме:

- А. Брадифрени
- В. Обстоятельности
- С. Паралогичности
- Д. Персеверации
- Е. Склонности к детализации

### Задача № 19

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

Вопросы

1 Предположительный диагноз?

- A. Транзиторная ишемическая атака
- B. Эпилепсия с вторично- генерализованными судорожными приступами и аффективным компонентом
- C. Истерическое расстройство личности
- D. Эпилепсия с типичными абсансами
- E. Синкопальное состояние

2 Возможная схема терапии

- A. Фенитоин + Магnezия
- B. Ламиктал + бензонал
- C. Магnezия + Ламиктал
- D. Все вышеперечисленное верно
- E. Ничего из вышеперечисленного

### Задача № 20

Больной Д. 53 года, сторож. В последние 5 лет у него отмечается астеническое состояние со сниженной репродуктивной и фиксационной памяти, слабодушием. Симптоматика то усиливалась, то ослабевала. Отдых облегчения не приносил. Вследствие сильного снижения памяти вынужден был подать заявление об увольнении,. Крайне чувствителен: даже малейшую обиду помнит очень долго, снова и снова вспоминая ее с яркими эмоциями. Сотрудники отмечают, что больной стал болтлив, любит рассказывать о своих болезнях. В анамнезе ИБС, сахарный диабет Со стороны ЦНС - двигательные, сен сорные, координаторные расстройства тремор пальцев рук, головы, симптом Маринеско-Радовича.

Вопросы

1. Предположительный диагноз?

- A. Эпилептическая деменция
- B. Сосудистая деменция
- C. Расстройство личности органической этиологии
- D. Неуточненные непсихотические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью
- E. Органическое диссоциативное расстройство

2. Возможная терапия

- A. Ингибиторы ацетилхолинэстеразы (экселон и реминил)
- B. Акатинол мемантин
- C. Церебролизин
- D. Антигипертензионная терапия
- E. Все вышеперечисленное верно

## Задача № 21

Больной 60 лет, техник. Заболел 10 лет назад. В анамнезе ишемический инсульт. В начале был астенический синдром. Присоединился

повышенную раздражительность

, которая очень заботлива к нему, каждый раз плачет). или повышенную раздражительность.

В когнитивной сфере определяются нарушения памяти (при этом в большей степени пациент

забывает то, что случилось недавно, в то время как воспоминания об отдаленных событиях

сохраняются достаточно долго) и внимания, замедленность мышления, снижение

интеллектуальной гибкости, трудности, связанные с переключением от одного вида

деятельности к другому. Изменилось поведение больного: снизилась способность к

самокритике и чувство дистанции, отмечаются повышенная импульсивность и

отвлекаемость, могут присутствовать такие симптомы, как пренебрежение принятыми в

обществе правилами поведения, асоциальность

### Вопросы

1. Предположительный диагноз?

A. Болезнь Альцгеймера

B. Сосудистая деменция

C. Расстройство личности органической этиологии

D. Неуточненные непсихотические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью

E. Болезнь Пика

2. Возможная терапия

A. Ингибиторы ацетилхолинэстеразы (экселон и реминил)

B. Акатинол мемантин

C. Церебролизин

D. Антигипертензионная терапия

E. Все вышеперечисленное верно

## Задача № 22

Больной Ш., 14 лет, болен с 9 лет. Страдает спонтанными фокальными судорогами (миоклонии или клонии в ограниченной области), иногда усиливающимися от сенсорных стимулов и движения, которые могут продолжаться часы, дни. Состояние фармакорезистентно.

ЭЭГ- Эпилептиформные разряды в моторной коре контрлатерально судорогам

Психика – без особенностей

Неврология – гемипарез, гемигипестезия соответствуют поражению коры

Невропатология – опухоль

### Вопросы

1. Предположительный диагноз?

A. Эпилепсия с генерализованными тонико-клоническими и со сложными фокальными приступами

B. Эпилепсия со сложными фокальными приступами по типу трансважно

- C. Вальпроат +АКТГ+ бензодиазепины
- D. Хирургическое вмешательство
- E. Все перечисленное верно

#### Задача № 23

Больной А., 9 лет, страдает эпилепсией с 5 лет, приступы бессудорожные генерализованные, частые. При пробуждении у больного развилось следующее состояние:

приступы резко участились, следуя один за другим; амимия, слюнотечение,. Ребенок выглядит мечтательным, дезориентирован в месте и времени, двигателью заторможен. Нарушение сознания на уровне легкой сомноленции, реагирует на оклик. Речь замедлена, растянута, больше похожа на бормотание. Ответы на вопросы неадекватны или односложны. Продолжительность состояния несколько часов. После окончания больной описывает ощущение нереальности происходящего. Память на произошедшее сохранена.

Вопросы:

Дайте определение данному состоянию.

- A. Статус генерализованных тонико-клонических приступов
- B. Статус типичных абсансов
- C. Серийные припадки
- D. Статус псевдоэпилептических приступов
- E. Статус тонических приступов

2 Возможная схема терапии

- A. Диазепам в/в
- B. Лоразепам в/в
- C. Кортикостероидные гормоны
- D. Препараты вальпроевой кислоты
- E. Все перечисленное верно

#### Задача № 24

Больная 7 лет, страдает редкими тонико-клоническими приступами с потерей сознания, начинающихся с болей в животе, тошноты и перекоса левой щеки. Также наблюдается вербальная и невербальная слуховая агнозия, сенсомоторная афазия.

Эпилептиморфная активность на ЭЭГ в бодрствовании часто отсутствует.

ЭЭГ – Фокальные комплексы множественные спайки- медленная волна в правой задней височной области, зеркальные комплексы в симметричных отделах слева.

КТ, ЯМРТ -без особенностей

1. Предположительный диагноз?

- A. Эпилепсия с генерализованными тонико-клоническими и со сложными фокальными приступами
- B. Синдром Ландау- Клеффнера
- C. Синдром Расмуссена
- D. Эпилепсия Кожевникова
- E. Психоорганический синдром

2 Возможная схема терапии

- A. Клобазам
- B. Депакин -хроно
- C. Вальпроат +АКТГ

- D. Хирургическое вмешательство (при неэффективности фармакотерапии)
- E. Все перечисленное верно

#### Задача № 25

Больной О., 42 года болен 12 лет. Припадки проявляются чувством отчужденности, иллюзиями, иногда галлюцинациями (чаще зрительными, моторной остановкой, застывшим взглядом и ороалиментарными автоматизмами с вегетативным компонентом, продолжительностью свыше 2 минут. Лечится фенобарбиталом.

ЭЭГ в начале припадка – одностороннее уплощение ЭЭГ

МРТ – гиппокампальный склероз

Психика – нарушение памяти, эгоцентризм, обстоятельность, эмоциональная лабильность

Вопросы:

1. При какой при локализации эпилептического очага развивается описанное состояние?

- A. Теменной
- B. Височной
- C. Затылочной
- D. Неверно все вышеперечисленное
- E. Все вышеперечисленное верно

2. Возможная схема терапии

- A. Депакин -хроно
- B. Карбамазепин
- C. Карбамазепин + депакин-хроно
- D. Карбамазепин + депакин-хроно+диакарб
- E. Все перечисленное верно

### Задача 1.

Больной М, 25 лет, обратился в приемный покой соматической больницы самостоятельно. Сообщает, что употребляет наркотики. Выказывает жалобы на физическую слабость, поверхностный сон с частыми пробуждениями, озноб, боли в межчелюстных суставах, в мышцах рук, ног, спины, поясницы, боли в животе. Больной беспокоен, зрачки расширены, отмечается рвота, насморк с чиханием, слезотечение, частый жидкий стул. Ориентировка сохранена, тревожен, отмечается сниженное настроение с выраженной дисфорией. Обманов восприятия не обнаруживает. Бредовых суждений не высказывает. Просит помочь.

Вопрос 1.: Зависимостью от каких средств (препаратов) страдает пациент: 1.

Злоупотребление транквилизаторами. 2. Кокаиновая наркомания. 3. Злоупотребление седативно-снотворными средствами, барбитуратами. 4. Наркомания, вызванная препаратами из эфедрина. 5. Морфинизм, опийная наркомания.

Вопрос 2.: Сроки формирования физической зависимости (абстинентного синдрома) и его продолжительности зависят от: 1. вида наркомании 2. темпа наркотизации 3. употребляемых доз наркотика 4. способа введения наркотика 5. всего вышеперечисленного

### Задача 2.

Больной М, 18 лет. Находится в психиатрической клинике. Данные анамнеза и настоящего состояния следующие: жалоб не высказыва

аннеР0намнезаР8Р=астоящегоРАостоянияРАледующиек балобР=eP2ысказываП5тл

МмоциональныеР=арушенияк ЗолосР1езРмодуляцийЪ ЗипомимияЪ ?

риР1еседеРАмотритР2РАоторонул ОктивностьРрезкоРАниженал 8нтересыРСтраченыл

общительП=остьР- 7амкнутостьЪ Сединениел СчебаР8РВрудР- ?остепенноР7абрасываетсял  
отноПНениеР:Р1лизкимР

шение к близким – безразличие; к приятелям - потерял прежних, новых не заво

†1езразличиел :Р?приятелямР- ?отерялР?режнихЪ =овыхР=eP7авоП4итл

отношениеР:РодеждеЪ опрятностьР- =еРмоетсяЪ =еРАледитР7аРодеждойл 4лиПВельностьР?  
сихическогоРрасстройстваР- =арушенияР=арасталиР8сподвольЪ ?остепенноЪ 2РВечениеР3-4  
;етЮ

тельность психического расстройства - нарушения нарастают исподволь, постепенно, в течение 3-4 лет.

Вопрос 1.: Предполагаемый диагноз: 1. Психопатия шизоидная. Декомпенсация. 2.

Шизофрения. Параноидная форма. 3. Маниакально-депрессивный психоз. 4. Шизофрения непрерывнотекущая. Параноидная форма. 5. Шизофрения. Простая форма.

Вопрос 2. Схема терапии данного расстройства может включать препараты: 1. рисполепт 2. аминазин 3. финлепсин 4. галоперидол 5. возможно применение каждого из вышеперечисленных препаратов.

### Задача 3.

Больной К., 17 лет. Сведений о психопатологии в семье нет. С детства был активен, подви Ю, 17 ;етЮ !веденийРоР?сихопатологииР2РАемьеР=етЮ !Р4етстваР1ылР0ктивенЪ ?

одвиПбенЬ общителенЬ 8мелР?риятелейЮ

жен, общителен, имел приятелей. В школьные годы увлекался самбо и поделками из дерева. Учился удовлетворительно. В возрасте 16 лет стал постепенно меняться. Забросил спорт и увлечение поделками. Перестал общаться со сверстниками. Ничего не читал. Сперва смотрел телеви

ичегоР=еРГиталЮ !перваРАмотрелРВелевиП7орР2сеРАвободноеР2ремяЬ

7атемР=ичемР=еР1ылР7аняЮ

зор все свободное время, затем ничем не был занят. В школе становился все более пассивным, успеваемость снизилась. Последние 2—3 мес совершенно замкнулся, с ма месРАовершенноР7амкнулсяЬ АРмаПВерьюР8Р1абушкойР?очтиР=еРразговаривалЮ

терью и бабушкой почти не разговаривал. Все дни просиживал в своей комнате, ничего не

делаю. Перестал мыться, за одеждой не следил. При поступлении в психиатрическую клинику

вял, пасси

риР?оступленииР2Р?сихиатрическуюР:линикуР2ялЬ ?ассиП2енЬ

ДормальноРотвечалР=аР2опросыЮ

вен, формально отвечал на вопросы. Бреда и галлюцинаций не обнару

редаР8Р3аллюцинацийР=еРобнаруПбивалЮ

живал. К госпитализации безразличен. В больнице бездеятелен, пассивен. С врачом контакт формальный. При беседе лицо маловыразительное, голос - монотонный. Настроение характеризовал как обычное. Продуктивной психопатологической симптоматики выявлено не было. При патопсихологическом обследовании отмечена «разноплановость мышления», дискордантность характера (шизоидность/циклоидность). Физическое развитие с нерезко выраженными чертами инфантилизма.

Вопрос 1.: Назовите предполагаемый диагноз: 1. Шизофрения. Простая форма. 2. Шизофрения. Параноидная форма. Параноидный синдром. 3. Шизофрения. Параноидная форма. Астено-депрессивный синдром. 4. Психопатия шизоидная. Декомпенсация. Депрессивный синдром. 5. Маниакально-депрессивный психоз.

Вопрос 2.: Схема терапии данного расстройства может включать препараты: 1. Стелазин (трифтазин) до 15 мг в сутки 2. Реланиум до 30 мг в сутки. 3. Финлепсин до 600 мг в сутки. 4. Рисполепт до 4 мг в сутки. 5. Возможно применение каждого из вышеперечисленных препаратов.

Задача 4.

Больной К., 35 лет. Образование высшее, инвалидности не имеет. Сведений о психо

бразованиеР2ысшееЬ 8нвалидностиР=еР8меетЮ !веденийРоР?сихоЕ

ОтковременныеР?отериРАознанияЬ ?

ередр:оторымиРокружающаяРобстановкаР:азаласьР=ереальнойЬ

ВерялосьРГувствоР2ремениЮ

атковременные потери сознания, перед которыми окружающая обстановка казалась нереальной, терялось чувство времени. До 31 года спонтанная ремиссия, затем пароксиз

ор31 ЗодаРАпонтаннаяРремиссияЬ 7атемР?ароксизПмыРАталиР?остояннымиЮ

мы стали постоянными. К врачам не обращался, лечения не прово

Р2рачамР=еРобращалсяЬ ;еченияР=еР?ровоП4илосьЮ

дилось. В анамнезе корь, скарлатина, грипп, ангина, воспаление лег

Р0намнезеР:орьБ АкарлатинаБ ЗриппБ ОнгинаБ 2оспалениеР;егП:ихЮ !Р4етстваР7аиканиеЮ  
ких. С детства заикание. Неврологически — недостаточность конвергенции справа,  
нарушение речи (заикание). Отсут  
тсутПАтвиеР1рюшныхРрефлексовРАправаР8Р2ялыеРАлеваЮ !оРАтороныР?  
сихиПГескойРАферыР?атологииР=еР2ыявленоЮ  
ческой сферы патологии не выявлено.

КГ — турецкое седло в пределах нормы. Обызвествлен передний мозговой намет. ЭЭГ —  
генерализованные вспышки альфа-волн высокой ампли  
†ЗенерализованныеР2спышкиР0льфаЭ2олнР2ысокойР0мплиПВудыБ  
2спышкиР2ысокоамплитудногоРВетаЭритмаР2Р;обныхР8РФентПральныхРобластяхРобоихР?  
олушарийБ 4иффузныхРострыхР2олнБ ?оПАледниеР8ногдаР?  
реобладаютР2Р=ижнейРВременнойР8Р2исочнойРобластяхР;евогР?олушарияЮ

следние иногда преобладают в нижней теменной и височной областях левого полушария.

Вопрос 1. Назовите предполагаемый диагноз: 1. доброкачественная психомоторная  
эпилепсия 2. эпилепсия с психосенсорными пароксизмами 3. эпилепсия со сложными  
типичными абсансами. 4. органическое заболевание головного мозга с эписиндромом. 5.  
эпилепсия с простыми фокальными приступами.

Вопрос 2. Какие нарушения мышления характерны для больных эпилепсией: 1. логические  
соскальзывания 2. обстоятельность мышления 3. разорванность мышления 4.  
деавтоматизация мышления. 5. все вышеперечисленное

Задача 5.

Больная К., 33 года. Образование среднее. Работает на дому. Замужем, двое де  
амужемБ 4воеР4еПВейЮ

тей. Дети здоровы. Жалобы двоякого рода: 1) ощущает прохожде  
алобыР4воякогоРродак 1) ощущаетР?рохождеП=иеРМлектрическогоРВокаБ  
2сеРВелоР:акР1удтоР?ередергиваетл 2)

ВеПряетРАознаниеРАРЕаотическимиР4вижениямиРрукР8Р=огЮ

рывает сознание с хаотическими движениями рук и ног. Предшествует приступу появление  
неприятного запаха. Приступы ежедневные. Счи

риступыР5жедневныеЮ !чиПВааетРАебяР1ольнойРАР12 ;етБ :огдаР1езР2идимыхР?

ричинР2озниклиРГаПАтоР?овторяющиесяР=еприятныеРощущенияР7апахаЮ

сто повторяющиеся неприятные ощущения запаха. Мать ст

;ексовРАлеваЮ

лексов слева. КГ — незначительное усиление пальцевых вдавлений в костях свода черепа.

ЭЭГ - умеренно вы

†=езначительноеРСсилениеР?альцевыхР2давленийР2Р:остяхРАводаРГерепаяЮ -ЭГР-  
СмеренноР2ыПраженныеР4иффузныеР8змененияРМлектрическойР0ктивностиР3оловноП3о

РмозгаБ АклонныеР:Р3енерализацииР?риР;евостороннемР0кцентеБ ?

реимущественноеР=арушениеРДункцииР3лубокихРотделовР;евогР?олушарияБ

2ыявП,яютсяР?ароксизмальныеР=арушенияБ

=еР8сключающиеР;окализациюРМпилептическогоРочагаР2РобластиР;евогР2исочнойР4оли  
Ю

ляются пароксизмальные нарушения, не исключают локализацию эпилептического очага в  
области левой височной доли.

Вопрос 1. Назовите предполагаемый диагноз: 1. эпилепсия с психосенсорными пароксизмами 2. доброкачественная психомоторная эпилепсия 3. эпилепсия с полиморфными бессудорожными пароксизмами 4. эпилепсия с полиморфными бессудорожными пароксизмами 5. органическое заболевание головного мозга с эписиндромом

сизмами. 4. эпилепсия со сложными типичными абсансами. 5. органическое заболевание головного мозга с эписиндромом.

Вопрос 2. Какие изменения личности характерны для больных эпилепсией: 1. педантизм, пунктуальность 2. злопамятность, мстительность 3. угодливость и грубость 4. эгоцентризм 5. все вышеперечисленное.

Задача 6.

Больная Е., 39 лет. Жалобы на приступы, начинающиеся с непроизвольных судорожных приступов в области желудка и кишечника. Приступы возникают внезапно, длятся 10—15 мин, частота — 5—6 раз в месяц. Судорожного компонента в пароксизме никогда не было. Наследственность здоровая. Считает себя больной с 23 лет, когда после тяжелой психотравмы впервые внезапно возник пароксизм. Вначале ауры не было. Затем наряду с эпилептической аурой изредка появляется слуховая (больная слышит какую-то песню, старается ее сама напевать). Периодически бывает повышенное или пониженное настроение, интеллект сохранен. Неврологически — сглажена правая носогубная складка. Сухожильные и периостальные рефлексы оживлены, D<sub>0</sub>S. Брюшные рефлексы живые, D<sub>m</sub>S. На краниограмме в костях свода умеренно выражен артериальный склероз. В ЭЭГ — диффузные изменения электрической активности мозга с непостоянным легким акцентом в левом полушарии.

Вопрос 1. Назовите предполагаемый диагноз: 1. эпилепсия с психосенсорными пароксизмами 2. эпилепсия с бессудорожными пароксизмами типа сузавитов 3. эпилепсия с полиморфными бессудорожными пароксизмами 4. эпилепсия с полиморфными бессудорожными пароксизмами 5. органическое заболевание головного мозга с эписиндромом

## 4. дезавтоматизация мышления Ю 5. 2. все вышеперечисленное Ю

сии: 1. логические соскальзывания, неологизмы. 2. вязкость, тугоподвижность мышления 3. паралогическое мышление 4. дезавтоматизация мышления. 5. все вышеперечисленное.

### Задача 7.

Больная Н., 26 лет. Брат закончил жизнь самоубийством. По характеру веселая, общительная, впечатлительная, с повышенным чувством долга. Впервые заболела в 18 лет: появилась тревога, была растеряна, недоосмысляла окружающее, отмечалась психическая и двигательная заторможенность, настроение было сниженным, появились идеи самообвинения и отношения: казалось, что на работе ее подозревают в краже. Испытывала слуховые обманы чувств — вер

† 2 ер П 1 альные Р 8 ллюзии Б 3 месяца Р = аходила с Р 2 Р ? сихиатриче П А кой Р 1 ольнице Б 2 Р 4 альнейшем Р 3 Зода Р 7 а Р ; ечением Р = е Р обращалась Ю

ской больнице, в дальнейшем 3 года за лечением не обращалась. После развода с мужем вновь возникло похожее состояние, длилось 2 мес. В дальнейшем 3-летняя интермиссия, изменений личности не отмечалось. Настоящий приступ начался остро: появилась бессонница, снизилось настроение, быстро нарастала тревога, пропал аппетит, воз

астоящий Р ? риступ Р = ачался Р острок ? оявилась Р 1 ессонница Б А низилось Р = астроение Б 1 ыстро Р = арастала Р В ревога Б ? ропал Р 0 ппетит Б 2 оз П = икли Р 7 апоры Ю никли запоры. Была госпитализирована в психиатрическую больницу. При первичном осмотре отмечалась резко выраженная психическая заторможенность, с трудом и большой задержкой отвечает на вопросы, трудно собраться с мыс

ри Р ? ервичном Р осмотре Р отмечалась Р резко Р 2 ыраженная Р ? сихическая Р 7 аторможенность Б А Р В рудом Р 8 Р 1 ольшой Р 7 адержкой Р 0 твечает Р = а Р 2 опросы Б В рудно Р А обраться Р А Р мыс П ; ями Ю

лями. Жалуется на мрачность, подавленность, тревогу. Отчетливые явления аутопсихической деперсонализации. Имеется соз

меется Р А оз П = ание Р 1 олезни Б А уицидальные Р = амерения Р 0 трицает Б = о Р ?

ри Р М том Р 7 аявляет Б Г то Р « Г ем Р В ак Р бит Р нание болезни, суицидальные намерения отрицает, но при этом заявляет, что «чем так жить — лучше умереть». Во время пребывания в больнице слуховых галлюци

о Р 2 ремя Р ? ребывания Р 2 Р 1 ольнице Р А луховых Р 3 аллюци П = аций Р = е Р 1 ыло Ю

наций не было.

Вопрос 1. Назовите предполагаемый диагноз: 1. Шизоаффективный психоз. Депрессивный синдром. 2. Шизофрения. Параноидная форма. 3. Маниакально-депрессивный психоз. 4. Психопатия шизоидная. 5. Депрессивный невроз.

Вопрос 2. Схема терапии данного расстройства может включать следующие препараты: 1. Аминазин 2. Реланиум 3. Ремерон 4. Труксал 5. Возможно применение каждого из вышеперечисленных препаратов.

### Задача 8.

Больная Б., 45 лет, образование высшее. Обратилась к психиатру с жалобами на слезливость, утомляемость, тоскливое настроение, плохой сон и аппетит. Мать по характеру раздражительная, непоследовательная. Замужем, привязанности к мужу не испытывала. К сексуальной жизни безразлична. Дома часто скандалила, проявляла физическую агрессию к

мужу. Часто меняла места работы. По характеру капризная, склонна к шантажному поведению. Любит искусство, увлекается пением. Имела много подруг, однако постоянных привязанностей не сохранила. Не выносит равнодушного отношения к себе. Считает что заболела, узнав об измене мужа. После была взвинченной, подавленной, «вся цепенела, перехватывало горло, не могла говорить, ноги отнимались и холодели». Нарастала раздражительность, конфликтность, капризничала по любому поводу. Психическое состояние: легко вступает в контакт, говорит сбивчиво. Жалуется на тягучесть, ощущение неустойчивости, брошенности, рассказ прерывает бурными рыданиями, заламывает руки. Иногда появляется паника, проявляется психическая мысль о возможности поражения Аи филисом, Азурису, Пнтся: артины «мучительного разложения сего Организма, Робезо, Пираживания лица». При волнении возникают головокружение, слабость, чувство удушья, онемение кончика языка. Внушаема, внушаема, все при этом возможность выздоровления.

Вопрос 1. Назовите предполагаемый диагноз: 1. Истерический невроз. 2. Невроз навязчивости. 3. Истерическая психопатия. Декомпенсация. 4. Неврастения. 5. Возбудимая психопатия. Декомпенсация.

Вопрос 2. К диагностическим критериям для данного расстройства относится: 1. подозрительность и тенденция к истолкованию нейтральных или дружеских действий других лиц как враждебных или подозрительных. 2. драматизация, театральное, преувеличенное выражение эмоций. 3. чрезмерная склонность к сомнениям и осторожности. 4. постоянное общее чувство напряженности и тяжелые предчувствия. 5. все вышеперечисленное.

Задача 9.

Большая К., 40 лет. Обратилась к психиатру с жалобами на тоскливое настроение и плохой сон. Отец по характеру нервный, вспыльчивый. Росла мечтательной, восторженной, слыла «заводилой хороших и плохих дел», всегда любила быть на виду у окружающих. По профессии педагог, часто меняла места работы в связи с конфликтами в трудовых коллективах. Замужем с 18 лет, «вышла скоропалительно и необдуманно», муж, прямой, властный. По характеру впечатлительная, внушаемая. Близких подруг не имеет, в ВьРобРобидах = оРозвращаясь Р4омойР? огружалась Р2РразПмышленияРоРразрушеннойРбизниБ «=огиРотнимались, 2озникалРАтрахРАмертиЮ !талаР раздражительнойБ СчастлилисьРАкандалыР4омаР8Р=аРработеБ «СмолялаР4етейРотречьсяРотРотцаБ опозоПрившегоР2сюРАемью. рившего всю семью». Психическое состояние: ухожена, приветлива, очень волнуется, красочно описывает жалобы на тягучесть, психическое Аостояние СхоженаБ ?риветливаБ оченьР2олнуетсяБ :расочноРописываетР6алобыР=аРВяПбестьР2РЗрудиБ

АостояниеРодионочестваР8Р1езысходностиЮ асказРобРСходеРмужаР?  
рерываетРрыданиямиЮ !Р5еРАловБ ?оР=оПГамР=еРможетР7аснутьРотР=аплываР?  
рошлыхР2оспоминанийЮ  
чам не может заснуть от наплыва прошлых воспоминаний. При волнении возникают  
головокружение, заикание, тошнота.

Вопрос 1. Назовите предполагаемый диагноз: 1. Невроз тревоги (страха). 2. Невроз  
навязчивости. 3. Истерическая психопатия. Декомпенсация. 4. Неврастения (невроз  
истощения). 5. Возбудимая психопатия. Декомпенсация.

Вопрос 2. К диагностическим критериям для данного расстройства относится: 1. чрезмерная  
склонность к сомнениям и осторожности. 2. эмоциональная холодность, отчужденная или  
уплощенная аффективность. 3. подозрительность и тенденция к истолкованию нейтральных  
или дружеских действий других лиц как враждебных или подозрительных. 4. постоянная  
взбудораженность, стремление быть в центре внимания, к признанию со стороны  
окружающих. 5. утрата прежних интересов и способности получать удовольствие.

Задача 10.

Больная Т., 29 лет. Наследственность отягощена хроническим алкоголиз  
аследственностьРотягощенаРЕроническимР0лкоголизПмомРматериЮ  
мом матери. По характеру веселая, синтоная, активная. Около 10 лет назад, после  
перенесенной тяжелой пневмонии, впервые возникло состояние, характеризующееся  
гипогедонией, тревогой, раздражительностью, заметным снижением настроения, чувством  
вины и собственной неполноценности, тягостными ощущениями в за грудиной области и  
мыслями о бессмысленности жизни. В дальнейшем похожие состояния возникали  
периодически, раз в течение 1,5 – 2 л  
. Преследовал страх, что ей станет плохо, потеряет сознание: считала, что не сможет  
справиться с ух  
реследовалРАтрахБ ГтоР5йРАтанетР?лохоб ?отеряетРАознаниек АчиталаБ  
ГтоР=еРАможетРАправитьсяРАРСхоП4омР7аРребенкомл СхудшилсяРАонБ  
ЗлавнымРобразомР7аРАчетРраннихР?робужденийЮ  
дом за ребенком; ухудшился сон, главным образом за счет ранних пробуждений. Была  
госпитализирована. При осмотре жаловалась на тревогу, сниженное настроение, тягостные  
ощущения в за грудиной области, страх оставить ребенка сиротой, неуверенность и чувство  
беспомощ  
риРосмотреРбаловаласьР=аРВревогуБ АниженноеР=астроениеБ  
ВтягостныеРощущенияР2Р7агрудиннойРобластиБ АтрахРоставитьРребенкаРАиротойБ  
=еуверенностьР8РГувствоР1еспомощП=остиЮ !  
уточныхР:олебанийР=астроенияР=еРотмечалаЮ  
ности. Суточных колебаний настроения не отмечала. Психомоторной затормо  
сихомоторнойР7атормоПбенностиР=еР1ылоЮ  
женности не было. Врачом состояние больной было расценено как тревожное в рамках  
послеродового психоза, и было начато внутривенное капельное введе  
рачомРАостояниеР1ольнойР1ылоРрасцененоР:акРВревожноеР2РрамкахР?ослеродовогоР?  
сихозаБ 8Р1ылоР=ачатоР2нутривенноеР:апельноеР2ведеП=иеРАедуксенаЮ  
ние седуксена. После непродолжительного неполного улучшения вновь усили  
ослеР=епродолжительногоР=еполногоРСлучшенияР2новьРСсилиП;асьРВревогаР8Р3ипотим  
ияк 2ысказывалаРопасенияРоР1есцельностиРбизниБ ГтоР=икогдаР=еР2ылечитсьБ  
=еРАможетРСхаПбиватьР7аРребенкомБ СкорялаРАебяР7аР1езволиеЮ

живать за ребенком, укоряла себя за безволие.

Вопрос 1. Назовите предполагаемый диагноз: 1. Невроз тревоги (страха). 2. Невроз навязчивости. 3. Послеродовой психоз. 4. Маниакально-депрессивный психоз. 5. Невротическая депрессия.

Вопрос 2. Возможная схема терапии данного расстройства включает: 1. Амитриптилин 2. Ремерон 3. Финлепсин 4. Паксил. 5. Возможно применение каждого из вышеперечисленных препаратов.

Задача 11.

Больная Р., 56 лет. Сын больной страдает шизофренией. В детстве частые ангины. С молодости периодически возникали состояния, характеризующееся заметным снижением настроения, раздражительностью, чувством вины и собственной неполноценности. Состояния возникали без видимых внешних событий, длились около 2-4 месяцев, в течение которых получала лечение в психиатрических стационарах. Настоящее ухудшение связывает с конфликтом в семье сына, разменом квартиры с сыном. Нарушился сон, пропал аппетит, стала тревожной. Настроение снизилось, чувствовала себя заброшенной, одинокой. Обратилась к психиатру. Жалобы на тревогу, тяжесть в груди, настроение снижено, с улучшением состояния к вечеру. Винит себя в том, что распалась семья сына, высказывает идеи самообвинения. Обнаруживает подавленность, безнадежность, ангедонию. Получала лечение в психиатрической больнице в течение 3-х месяцев. В настоящее время имеет место улучшение состояния.

Вопрос 1. Назовите предполагаемый диагноз: 1. Реактивный депрессивный психоз 2. Депрессивный невроз (невротическая депрессия). 3. Маниакально-депрессивный психоз. 4. Реку  
аниакально-депрессивный психоз 4. еку  
численных препаратов

численных препаратов.

Задача 12.

Больная П., 45 лет. Отец больной страдал шизофренией. В 40 лет перенесла операцию по поводу поликистоза яичников. Психически заболела в 43 года. В этот период разводилась с мужем, разменивала квартиру. Нарушился сон, аппетит, стала тревожной, снизилось настроение. Думала, что после размена квартиры это состояние пройдет, однако настроение продолжало снижаться. Была госпитализирована в больницу. В клинике была тревожна, опасалась за сына, за свое здоровье и жизнь, жаловалась на неприятные ощущения в области сердца, испытывала страх смерти. Настроение снижено, состояние улучшалось к вечеру. Считала себя больной и хотела лечиться. Длительная терапия транквилизаторами (грандаксин, реланиум, феназепам) оказалась малоэффективной: несколько уменьшилась тревога, но выступили подавленность,

безнадежность, ангедония. Была выписана из стационара. Впоследствии, через полгода, наблюдается ухудшение состояния, появление тревоги, тяжести на душе. Говорит о том, что нет смысла жить, ничего не может делать, направлена в стационар. В отделении: настроение снижено, фиксирована на переживаниях болезни, предъявляет жалобы на тоску, ощущение давления и тяжести за грудиной; большее время проводит в постели, с окружающими общается мало. В отделении: настроение снижено, фиксирована на переживаниях болезни, предъявляет жалобы на тоску, ощущение давления и тяжести за грудиной; большее время проводит в постели, с окружающими общается мало. Говорит о перспективности своего состояния. Когда не выпишется из больницы.

когда не выпишется из больницы.

Вопрос 1. Назовите предполагаемый диагноз: 1. Ипохондрический невроз. 2. Рекуррентная шизофрения. Депрессивный приступ 3. Маниакально-депрессивный психоз. 4. Депрессивный невроз (невротическая депрессия). 5. Реактивный депрессивный психоз.

Вопрос 2. Возможная схема терапии данного расстройства включает: 1. Коаксил 2. Феназепам 3. Амитриптилин 4. Финлепсин 5. Возможно применение каждого из вышеперечисленных препаратов.

Задача 13.

Больная К., 50 лет. Наследственность психическими заболеваниями не отмечена. По характеру честолюбивая, добросовестная.

По характеру честолюбивая, добросовестная.

Последние 5 лет появились предменструальные напряжения, характерные для климакса.

Характеризуется умеренно сниженным настроением, тревогой, раздражительностью.

Около полугода месячные стали редкими, нерегулярными. Отмечала слабость, утомляемость, вялость, эти явления не проходили после отдыха. Снизилось настроение, нарушился сон.

Нарастала тревога за будущее, боялась остаться одна. По настоянию родных обратилась к психиатру. На приеме: мимика напряженная, скорбная, безучастная, пульс учащен. Жалуется на тревогу, гнетущее чувство в груди, в большей степени за грудиной, испытывает постоянное внутреннее напряжение, тревогу, подавленность, особенно по утрам.

Суицидальные намерения отрицает, но «бывает так тяжело, хоть руки на себя накладывай».

Тревожно-тоскливое настроение сопровождалось страхом, отмечались раздражительность, гневливость, эмоциональная лабильность. Эпизодически суетлива, отмечались бредовые идеи отравления и самообвинения. Будущее представляет в мрачном свете, ожидает катастрофы, готовится к этому, распределяя свое имущество среди близких.

Вопрос 1. Назовите предполагаемый диагноз: 1. Инволюционный параноид. 2. Рекуррентная шизофрения. 3. Инволюционная меланхолия. 4. Реактивный депрессивный психоз. 5. Депрессивный невроз (невротическая депрессия).

Вопрос 2. Возможная схема терапии данного расстройства включает: 1. Микседол 2.





медленно, «голова плохо работает», кругом все поблекло, у ребят «заплывшие лица», «все столько плачут, что самому хочется плакать». В дальнейшем в течение 3 месяцев обострений не отмечается. Мальчик вернулся в свою школу, ко всем своим прежним увлечениям. Учится отлично, перешел в 9-й класс, имеет много друзей.

Вопрос 1. Назовите предполагаемый диагноз: 1. Шизофрения. Гебефреническая форма. 2. Маниакально-депрессивный психоз 3. Шизофрения. Параноидная форма. 4. Шизофрения. Кататоническая форма. 5. Адаптационная реакция со смешанным нарушением эмоций и поведения.

Вопрос 2. Возможная схема терапии данного расстройства включает: 1. Финлепсин 2. Ремерон. 3. Галоперидол. 4. Аминазин. 5. Возможно применение каждого из вышеперечисленных препаратов.

Задача 17.

Валерий Р., 17 лет. Семейный анамнез отягощен психопатологией: у отца параноидная шизофрения. С детства был замкнутым, вяловатым, любил читать, отличался моторной неловко

Валерий Р., 17 лет. Семейный анамнез отягощен психопатологией: у отца параноидная шизофрения. С детства был замкнутым, вяловатым, любил читать, отличался моторной неловко

Валерий Р., 17 лет. Семейный анамнез отягощен психопатологией: у отца параноидная шизофрения. С детства был замкнутым, вяловатым, любил читать, отличался моторной неловко

Валерий Р., 17 лет. Семейный анамнез отягощен психопатологией: у отца параноидная шизофрения. С детства был замкнутым, вяловатым, любил читать, отличался моторной неловко

Валерий Р., 17 лет. Семейный анамнез отягощен психопатологией: у отца параноидная шизофрения. С детства был замкнутым, вяловатым, любил читать, отличался моторной неловко

Валерий Р., 17 лет. Семейный анамнез отягощен психопатологией: у отца параноидная шизофрения. С детства был замкнутым, вяловатым, любил читать, отличался моторной неловко

Валерий Р., 17 лет. Семейный анамнез отягощен психопатологией: у отца параноидная шизофрения. С детства был замкнутым, вяловатым, любил читать, отличался моторной неловко

Валерий Р., 17 лет. Семейный анамнез отягощен психопатологией: у отца параноидная шизофрения. С детства был замкнутым, вяловатым, любил читать, отличался моторной неловко



### Задача 19.

Пациент В, 20 лет. Первое поступление в больницу в 12 лет. В анамнезе: колебания настроения у матери. Мальчик рос активным, общительным, хорошо учился. За 2 мес до госпитализации подрался с одноклассником, после чего стал грустным, плохо спал, думал о том, что его дела в школе «плохи». Через неделю восстановился его обычный бодрый тонус. За день до госпитализации не смог утром заставить себя подняться в школу, был замкнут и мрачен. В отделении — типичное депрессивное состояние с хорошим анализом переживаний: «тоскливо», ужас от мысли, что «поглупел, пропала память», «стыдно перед матерью». Постоянно возвращается к мысли, что освоить немецкий язык по школьной программе не сможет. Выяснилось, что воз  
ыяснилось. ЭтоР2озП=иклиРмысли. ЭтоР=аР=егоР4ействуетР?  
одругаРматери. :оторуюРонР?реждеР=едоП;юблывалЮ  
"еперьРонР8спытывалР:акоеЭВоР2лияниеР=аРАебя. :отороеРВоРСскоПряло  
ВоР7амедлялоРмысли. ВоР2Р?  
отокР5гоРмыслейР2ставлялисьР8мперативныеРАловаР«2станьС АядьС». -  
тиР2незапныеР2ставанияР2оР2ремяР1еседыР?реждеРобраПалиР=аРАебяР2нимание.Б  
=оРАчиталисьР?роявлениемР4вигательногоР2озбужденияЮ  
щали на себя внимание, но считались проявлением двигательного возбуждения. В  
дальнейшем, после нескольких обострений, отмечены изменения личности в интермиссиях и  
нарастание бредовой симптоматики, катамнез 8 лет.

Вопрос 1. Назовите предполагаемый диагноз: 1. Психогенный параноидный психоз. 2. Маниакально-депрессивный психоз. 3. Шизофрения, шизоаффективная. 4. Адаптационная реакция затяжная со смешанным нарушением эмоций и поведения. 5. Шизофрения. Параноидная форма.

Вопрос 2. Какие нарушения мышления могут выявляться у больных шизофренией: 1. обрывы, звучание и отчуждение мыслей. 2. чувство открытости мыслей и внешнего воздействия на них 3. резонерский тип рассуждений, аутистическое мышление. 4. паралогичность, символичность мышления. 5. все вышеперечисленное.

### Задача 20.

Пациент М., 15 лет. Впервые заболел в 13 лет, после конфликта с одноклассником, когда снизилось настроение, нарушился сон, был раздражительным. Получал лечение антидепрессантами амбулаторно в течение 3 месяцев. Во время лечения и после продолжал учиться. Следующий, более тяжелый приступ в 15 лет, был госпитализирован. В отделении выглядел угрюмым, был малоактивен, односложно отвечал персоналу и детям, иногда раздражался, симпатии у ребят и персонала не вызывал. В коротком светлом промежутке заботливо помо  
Р:ороткомРАветломР?ромежуткеР7аботливоР?омоПЗалРСхаживатьР7аР1еспомощнымиБ  
рассказывалРоРранееР?рочитанном. НутилР  
гал ухаживать за беспомощными, рассказывал о ранее прочитанном, шутил — к нему  
тянулись другие дети. Затем — выраженные протесты против на  
†2ыраженныеР?ротестыР?ротивР=аП4оевшихРСсловийР1ольничногоРрежима. ?  
одтруниваниеР=адР2зрослымиР1езРГувстваР4истанций. ЁорьбаР7аР«Аправедливость  
доевших условий больничного режима, подтрунивание над взрослыми без чувства  
дистанции, борьба за «справедливость» — часто в грубой форме. По улучшению состояния  
дал врачу листочки из своего дневника: «... 1 марта был перелом в моем настроении.

Настроение более чем хорошее, но менее чем превосходное. Впервые смог заниматься алгеброй. Мой мозг пробуждается от сна. Исчезла скованность, наладился стиль речи. Во время подъема мне хочется больше двигаться, общаться с людьми. Я осуждаю ошибки, которые допустил в подь  
 ор2ремяР?одъемаРмнеРЕочетсяР1ольшеР4вигатьсяЬ общатьсяРАР;юдьмиЮ  
 /РосуждаюРошибкиЬ :оторыеР4опустилР2Р?одьП5мек :урениеЬ  
 =аплеваПВельскоеРотношениеР:РСчебеЮ  
 /Р=ачинаюР8спытыватьРмучительныйРАтыдР7аРАвоиР4ействияЮ.».  
 тельское отношение к учебе. Я начинаю испытывать мучительный стыд за свои действия..». Катamnестическое исследование в течение 5 лет не выявило дефекта эмоционально-волевой сферы.

Вопрос 1. Назовите предполагаемый диагноз: 1. Реактивный депрессивный психоз 2. Депрессивный невроз (невротическая депрессия). 3. Маниакально-депрессивный психоз. 4. Шизофрения, шизоаффективная. 5. Затяжная депрессивная реакция со смешанным нарушением эмоций и поведения.

Вопрос 2. Какие расстройства эмоционально - волевой сферы характерны для больных маниакально-депрессивным психозом вне обострений: 1. апатия, абулия 2. отсутствие расстройств 3. эксплозивность 4. вязкость аффекта, торпидность 5. мягкость, угодливость, ранимость.

Задача 21.

Пациент К., 14 лет, лечится в стационаре. В возрасте 2 лет в связи с болезнью матери был разлучен с нею, остался с родственниками. Стал грустить, много плакать, отказывался от еды, исхудал. Простудился. В связи с общим ослабленным состоя  
 РАвязиРАРобщимРОслабленнымРАостояП=иемР8РопасениямиРразвитияР?  
 невмонииР1ылР3оспитализированЮ  
 нием и опасениями развития пневмонии был госпитализирован. В больнице пе  
 Р1ольницеР?еПресталР5стьРАовсемЬ =еР?ринималР;екарстваЬ =иРАР:емР=еРразговариваль  
 «2ыгляП4елРАтаричкомь.  
 дел старичком». Мать прервала свое лечение, взяла мальчика домой, быстро восстановился прежний образ поведения. Учился в средней школе, успевал хорошо. В 10 лет снизилась успеваемость, систематически уединялся, стал бездеятелен, отмечались эпизоды жестокости к животным. Окончательно забросил учебу в 12 лет, с этого возраста наблюдается у психиатра. В 14 лет при удовлетворительном интеллекте не способен к психическому напряжению, не учится, не читает («разучился»), бездеятелен, беспечен, предается одному хобби: ежедневно ранним утром идет в автопарк и следит за отправкой санитарных машин, иногда ездит с кем-ни  
 Р14 ;етР?риРСдовлетворительномР8нтеллектеР=еРАпособенР:Р?сихическомуР=апряжениюЬ  
 =еРСчитсяЬ =еРГитаетР(«разучился»), 1ездеятеленЬ 1еспеченЬ ?редаетсяРодномуРЕоббик  
 5жедневноРраннимРСтромР8детР2Р0втопаркР8РАледитР7аРотправкойРАанитарныхРмашин  
 Ъ 8ногдаР5здитРАР:емЭ=иП1удьР8зРНоферовЮ  
 будь из шоферов. При каждой попытке вернуть к обычному для подростка его возраста образу жизни плачет, обнаруживает инфантильные реакции. Друзей не имеет, общается только с членами семьи, круг деятельности и интересов сужается с каждым годом, к жизни не адаптирован. Рассуждения носят резонерский характер, общий вид, мимика маловыразительны. Апатичен. Бредовая и галлюцинаторная симптоматика не выявляется.

Вопрос 1. Назовите предполагаемый диагноз: 1. Шизофрения. Простая форма. 2. Шизофрения. Параноидная форма. 3. Шизофрения. Гебефреническая форма. 4. Адаптационная реакция затяжная с преобладанием нарушений поведения. 5. Шизофрения, шизоаффективная.

Вопрос 2. Какие расстройства эмоционально - волевой сферы наиболее характерны для больных шизофренией вне обострений: 1. отсутствие расстройств 2. эксплозивность 3. вязкость аффекта, торпидность 4. мягкость, угодливость, ранимость. 5. апатия, абулия.

Задача 22.

Алеша П., 16 лет. Родился от беременности, протекавшей с токсикозом, в асфиксии, несколько отставал по темпам психомоторного развития. С 2 до 5 лет мать отмечала периоды по 2 - 3 недели, когда мальчик переставал играть с игрушками, много лежал, не сразу откликался на призыв матери. С 7 лет уменьшился запас используемых слов, эпизодически мочился под себя, грыз ногти. Видимой причины для невротизации ребенка не было. В дальнейшем стал возбудимым, «трудным», в детских коллективах постоянно конфликтовал, учился посредственно. С 10 лет курит, проводит время с асоциальными подростками, убегает из дому, ночует в подвалах, участвовал в краже. При обследовании жалуется на головные боли, головокружения, плохую переносимость жары, духоты, метеочувствительность. Интеллект на нижней границе возрастной нормы, внимание истощаемое. Психотических симптомов не обнаруживает. Выявляется аффективная возбудимость, неустойчивость. Критическая оценка своих действий недостаточна, подчиняем. Неврологическое обследование выявило недостаточность конвергенции справа, нистагм в крайних отведениях. Объем активных и пассивных движений в конечностях полный, парезов нет. Мышечный тонус рук и ног нормальный, равномерный. Сухожильные и периостальные рефлексы оживлены, D=S. Патологические рефлексы отсутствуют. Координаторные пробы выполняет четко. Нарушений чувствительности не выявлено.

Мышечный тонус рук и ног нормальный, равномерный. Сухожильные и периостальные рефлексы оживлены, D=S. Патологические рефлексы отсутствуют. Координаторные пробы выполняет четко. Нарушений чувствительности не выявлено.

Мышечный тонус рук и ног нормальный, равномерный. Сухожильные и периостальные рефлексы оживлены, D=S.

Мышечный тонус рук и ног нормальный, равномерный. Сухожильные и периостальные рефлексы оживлены, D=S.

Патологические рефлексы отсутствуют.

Патологические рефлексы отсутствуют. Координаторные пробы выполняет четко. Нарушений чувствительности не выявлено.

Вопрос 1. Назовите предполагаемый диагноз: 1. Адаптационная затяжная реакция с преобладанием нарушений поведения. 2. Органическое заболевание головного мозга вследствие перинатальной травмы. Психопатоподобный синдром. 3. Шизофрения. Параноидная форма. 4. Затяжная депрессивная реакция со смешанным нарушением эмоций и поведения. 5. Психопатия неустойчивого (мозаичного) типа.

Вопрос 2. Какие расстройства эмоционально - волевой сферы характерны для больных органическим заболеванием головного мозга вне обострений состояния: 1. апатия, абулия. 2. эмоциональное уплощение. 3. эмоциональная тупость. 4. нарушение соответствия

эмоциональных реакций реальности и другим переживаниям. 5. ни одно из перечисленных.

#### Задача 23.

Больной М., 19 лет, получает стационарное лечение в психиатрической больнице. С раннего детства часто болел простудными заболеваниями, перенес пневмонию. Рос молчаливым, плаксивым, отставал в физическом развитии, выглядел всегда младше своих лет. Учился в средней школе. В 12 лет снизилась успеваемость, стал бездеятелен, уединялся, эпизодически уходил из дома на 2-3 дня. С 12 лет наблюдается у психиатра. В настоящее время интеллект удовлетворительный, однако не учится, не читает, бездеятелен, беспечен, большее время смотрит телевизор, не выходит из дома. Не способен к длительному психическому напряжению, инфантилен. Друзей не имеет, общается только с членами семьи, круг деятельности и интересов сужается с каждым годом, к жизни не адаптирован. Эмоционально уплощен, однообразен. Пассивен. Мышление резонерское, с элементами логического соскальзывания. Продуктивных психотических расстройств не выявляется. Осознания болезни, критики к состоянию нет. Установлена инвалидность.

Вопрос 1.: Назовите предполагаемый диагноз: 1. Шизофрения. Простая форма. 3.

Шизофрения. Гебефреническая форма. 4. Адаптационная реакция затяжная с преобладанием нарушений поведения. 5. Рекуррентная шизофрения.

Вопрос 2. Назовите общие признаки, наиболее характерные для простой формы шизофрении:

1. выраженные депрессивные расстройства. 2. наличие утяжеления и нарастания продуктивной симптоматики. 3. безразличие к окружающему, холодность к близким, неадекватные эмоциональные реакции 4. маниакальные и гипоманиакальные аффективные расстройства. 5. стойкое диссоциальное, агрессивное поведение в сочетании с симптомами депрессии.

#### Задача 24.

Больной М., 20 лет. Отец пациента страдал психическим расстройством. Рос общительным, занимался спортом, хорошо учился. В 14 лет стал меняться: оставил занятия спортом, сузил круг общения. Стал бездеятелен, пассивен, последние месяцы совершенно замкнулся.

Перестал мыться, за одеждой не следил. При поступлении в клинику вял, пассивен, формально отвечал на вопросы. Бред и галлюцинаций не обнаружено.

К госпитализации безразличен. В больнице пассивен. С врачом контакт формальный, мимика однообразная, голос - монотонный. Настроение характеризовал как обычное, бред и галлюцинаций выявлено не было.

При патопсихологическом обследовании отмечена «разноплановость мышления», выявлена дискордантность характера (шизоидность/циклоидность). Физическое развитие с нерезко выраженными чертами инфантилизма.

Вопрос 1. Общие признаки, характеризующие течение данного психического расстройства:

1. эмоционально-волевой лабильности. 2. более характерны для ранних стадий шизофрении. 3. не обостряются. 4. опатия. 5. обустраивают. 6. циклотимия. 7. циклотимия. 8. циклотимия. 9. циклотимия. 10. циклотимия.

расстройства эмоционально - волевой сферы наиболее характерны для больных простой формой шизофрении вне обострений: 1. апатия, абулия 2. вязкость аффекта, торпидность 3. эксплозивность 4. угодливость, ранимость. 5. отсутствие расстройств.

#### Задача 25.

Больная Р., 35 лет. Психически заболела в 33 года, когда разводилась с мужем.

Нарушился сон, снизился аппетит, стала тревожной. Настроение снижалось, чувствовала себя одинокой, возникали идеи вины перед близкими родственниками. Обратилась к психиатру, получала лечение стационарно. В клинике жаловалась на тревогу, тяжесть и жжение в груди, сниженное настроение, с улучшением состояния к вечеру. Аппетит резко снижен, мимика печальная, кожа бледная, сухая. Обнаруживает подавленность, безнадежность, ангедонию. Высказывала бредовые идеи самообвинения и самоуничтожения. Получала лечение антидепрессантами и нейролептиками в психиатрической больнице в течение 4-х месяцев, однако к работе смогла приступить не сразу. Далее улучшение, длившееся 2 года, в течение которых принимала амбулаторно лечение антидепрессантами. Продолжала работать, поддерживала отношения с родственниками. В настоящее время имеет место ухудшение состояния, причинно не связанное с психотравмирующими обстоятельствами, клиническая картина практически не отличается от имевшей место 2 года назад.

Вопрос 1.: Назовите предполагаемый диагноз: 1. Реактивный депрессивный психоз 2. Депрессивный невроз (невротическая депрессия). 3. Маниакально-депрессивный психоз. 4. Рекуррентная шизофрения. 5. Затяжная депрессивная реакция с преобладанием депрессивной симптоматики.

Вопрос 2.: Какова характерная продолжительность обострения аффективных расстройств при маниакально-депрессивном психозе: 1. 6 месяцев 2. 1 месяц 3. 2 месяца 4. 3 месяца 5. 12 месяцев.

#### Задача 26.

Больной К., 32 года. Поступает в приемное отделение психиатрической клиники. Из анамнеза известно, что ранее, в 30 лет, перенес длительный приступ психомоторного беспокойства с разорванностью речи, импульсивными действиями, агрессивностью, стереотипиями, неряшливостью. Лечился стационарно в психиатрической больнице в другом городе. После прожил с родственниками, нигде не работал. Более полную информацию получить не удается. Продуктивный контакт с больным затруднен: настоящее состояние характеризуется моторной обездвиженностью, мутизмом, отмечается пассивный и активный негативизм, каталепсия, парадоксально-мимические реакции. Моторная обездвиженность прерывается кратковременными вспышками возбуждения с агрессивией к окружающим. Вербальной коррекции пациент не поддается. Критики к состоянию не обнаруживает.

Вопрос 1. Назовите предполагаемый диагноз: 1. Шизофрения шизоаффективная. 2. Шизофрения. Параноидная форма. 3. Шизофрения. Кататоническая форма. 4. Шизофрения.

Простая форма. 5. Шизофрения. Гебефреническая форма.

Вопрос 2. Схема терапии данного состояния может включать следующие препараты: 1. Аминазин 2. Галоперидол 3. Магния сульфата 25% раствор. 4. Реланиум. 5. Все вышеперечисленные препараты.

Вопрос 3. Какие нарушения мышления могут выявляться у больных шизофренией: 1. разорванность и логические соскальзывания. 2. паралогичность, символичность 3. резонерский тип рассуждений, аутистическое мышление. 4. остановка, отнятие, наплывы мыслей с чувством чуждого воздействия. 5. все вышеперечисленное.