

## **Практические навыки и умения (2 этап)**

### **Ситуационные задачи**

#### **Задача №1**

Пациентка К., 19 лет, студентка. Из анамнеза: Наследственность неотягощена. Родилась в семье врачей, всегда была привязана к матери. Росла спокойной, волевой, самостоятельной. Училась на «отлично», ответственно подходила к выполнению домашних заданий. Много читала, предпочитала русскую классику, увлекалась комнатными растениями, много рисовала. После школы сразу поступила в архитектурный институт. К лидерству не стремилась. Хотя была внешне привлекательной, не любила к себе повышенного внимания окружающих. К многочисленным кавалерам относилась критично, с колкой иронией подмечала их недостатки. Большую часть времени проводила в одиночестве или в обществе двух подруг. Отличалась обостренным чувством справедливости. Подолгу помнила неприятные ситуации.

10 месяцев назад внезапно с тяжелым инсультом мать больной попадает в больницу и через неделю умирает, не приходя в сознание. Похороны матери перенесла «как в тумане», чувствовала подавленность, при этом угнетенность усиливалась, мир утратил краски, пропал ко всему интерес, нарушился сон. Временами винила себя в том, что не смогла предотвратить несчастье, не заботилась о здоровье матери, сидела у нее «на шее». При этом до конца не верила в ее уход, подолгу мысленно, иногда вслух разговаривала с матерью, делилась с ней текущими делами. Все происходящие события и поступки близких и знакомых оценивала как бы глазами матери. Забрала у бабки и тетки старые фотографии, ежедневно просматривала их, формировала семейные фотоальбомы. Часами безутешно рыдала, приходили мысли, что жить не стоит, хотя конкретных суицидальных намерений не было, к тому же приводила для себя веский аргумент – что ее матери вряд ли понравился бы такой поступок дочери. С отцом переживаниями не делилась, считая, что он не может быть поддержкой (безалаберно тратил деньги, увязал в долгах, стал еще больше, чем раньше употреблять алкоголь – практически ежедневно). На предложение знакомой поработать летом в архитектурном бюро со свободным графиком ответила отказом, т.к. не могла сосредоточиться ни на чем, кроме обстоятельств своей трагедии.

#### **Задание:**

- 1) Определите синдром.
- 2) Поставьте диагноз.
- 3) Определите терапевтическую тактику.

#### **Задача № 2**

Больной Б., 43 г., наблюдается психиатрами в течение 10 лет. Регулярно наблюдается в амбулаторных условиях, было 2 госпитализации, связанные с экстазической приступов и необходимостью подбора медикаментозной терапии. На диспансерные осмотры приезжает с женой. Точно придерживается рекомендованной медикаментозной терапии, преувеличенно внимателен к мелочам, подолгу обсуждает с врачом каждое изменение в схеме лечения, особенности лекарственного взаимодействия. Имеет 3 группу инвалидности по психическому заболеванию, работает, помогая жене, которая является частным предпринимателем. Все порученное делает скрупулезно, из-за чего часто не успевает сделать порученное в срок. По любым вопросам советуется с женой. Неожиданно может излишне гневно отреагировать на ее требования, но вскоре становится угодливым и ищет примирения. Периодически бывает раздражительным, жена старается избегать конфликты, в такие периоды старается не критиковать его, вести себя особенно дружелюбно. Иногда на фоне угрюмо-раздражительного настроения отмечаются запои

(длительностью по 3-4 дня до 2-х раз в год). Во время очередного консультативного приема в присутствии жены спокойно беседовал с врачом-психиатром, который заменял отсутствующего лечащего врача. Затем, оставшись с ним в кабинете наедине, неожиданно схватил тяжелый письменный прибор и ударил врача по голове. При осмотре острого бреда не было выявлено. Впоследствии, объясняя причину своего поведения, он сообщил, что много лет назад этот врач во время проверки личных вещей при госпитализации изъял у него коробок спичек как предмет опасный в больнице. Эта ситуация сильно уязвила и оскорбила больного, он не мог забыть ее и искал случая отомстить.

**Задание:**

- 1) С каким заболеванием может быть связано подобное поведение?
- 2) Необходимый минимум исследований для установления/подтверждения диагноза.
- 3) Какое решение суда будет наиболее вероятным, если судебно-психиатрическая экспертиза даст заключение о невменяемости больного?

**Задача № 3**

Больной М., 61 год, счетный работник. Алкоголь употреблял редко и в небольшом количестве. По характеру спокойный, чуткий, общительный. С 56 лет начал чувствовать головные боли, периодические головокружения, снижение работоспособности, утомлялся на работе, был рассеянным, забывчивым, раздражительным. В возрасте 60 лет было несколько приступов головокружения - «ходил, как пьяный». В конце июня развился легкий правосторонний гемипарез, который держался 2 недели. Лечился в соматической больнице. Движения в конечностях восстановились, но психическое состояние ухудшилось, стал тревожным, раздражительным, придирчивым, подозрительным. Ослабела память, не проявлял никакого интереса к окружающему. Работать не мог, был переведен на инвалидность II группы. Через 8 месяцев стал ревновать жену к студентам и профессорам института, в котором она работала, являлся к ней на работу, устраивал скандалы, требовал «приличного» поведения.

Помещен в психиатрическую больницу. В больнице суетлив, тревожен, говорил, что в больницу поместила его жена, чтобы быть свободной и изменять ему. Жаловался на головокружения и головные боли. В месте и времени ориентировался. Память снижена, особенно нарушены процессы запоминания и хранения. Лучше помнит события прошлого, чем настоящего, события личной жизни, чем общественные. На вопросы отвечает по существу, но с излишней детализацией. Интеллект снижен. Нет критического отношения к своему состоянию и поведению. Высказывает нелепый бред ревности. Внимание истощаемо. Слабодушен. Легко переходит от плача к смеху.

Физическое состояние: выглядит старше своих лет. Сосудистые стенки уплотнены. Тоны сердца приглушены. Акцент II тона на аорте. Артериальное давление 160/90 мм рт. ст. Рентгеноскопически определяется начальный склероз дуги аорты. При неврологическом исследовании констатируются вялая реакция зрачков на свет и остаточные явления правостороннего гемипареза. Физическое и психическое состояние больного постепенно с некоторыми колебаниями ухудшалось, нарастали явления слабоумия.

**Задание:**

- 1) Определите синдром.
- 2) Поставьте диагноз.
- 3) Определите терапевтическую тактику.

#### **Задача № 4**

Пациентка, 75 лет. Две недели назад упала в ванной комнате и сломала бедро, была помещена в ортопедическую клинику, где ей произвели операцию остеосинтеза. В больнице после операции появились спутанность сознания и беспокойство, бродила ночью по палатам отделения, беспокоя других пациентов. Не помнила, что с ней произошло, и почему она оказалась в больнице. В течение дня беспокойна, бесцельно бродит по палатам. Не может читать, смотреть телевизор, не узнает родственников, отталкивает медсестер. Ведет разговоры с воображаемыми людьми, устремив взгляд в одну точку на потолке. Раздражительна и легко озлобляется, бросает пищу на пол, отказывается от приема назначенных медикаментов. Между приступами возбуждения успокаивается, на полчаса. В ночное время не может уснуть, становится суетливой. Бродит по палатам, пытается взобраться на чужие кровати, будит больных. Несколько раз порывалась уйти из больницы в ночной рубашке, но была остановлена и возвращена в палату. До операции больная вела себя нормально, и ее дети не замечали каких-либо отклонений со стороны памяти и внимания.

Состояние при осмотре: пациентка выглядит недоуменной и невнимательной. Она полностью дезориентирована и недоступна для контакта, что-то бормочет и не обращает внимания на присутствие врача.

Признаков депрессии или тревоги нет. Не представляется возможным проведение каких-либо тестов по проверке интеллекта.

#### **Задание:**

- 1) Определите синдром.
- 2) Поставьте диагноз.
- 3) Определите терапевтическую тактику.

#### **Задача № 5**

Пациент 58 лет, перенес ишемический инсульт в бассейне правой средней мозговой артерии. В НРО, не зная диагноза, тревожился за будущее, плохо спал. При осмотре на 7 сутки инсульта: мимика напряженная. Лицо покрасневшее, грустное. Темп речи быстрый, отвечает с резкими интонациями. В ходе беседы постоянно теребит руками, постукивает ладонью по столу, играет карандашом, иногда ходят желваки. Меняет позу. Иногда отвечает раздраженным голосом, стучит кулаком, быстро успокаивается. Порой шумно вздыхает. По мере беседы изредка натянуто стереотипно улыбается, но глаза остаются грустными. Жалуется на ощущение дискомфорта от больничной обстановки, непривычных условий. Сообщает, что ничто не радует, хотя реагирует улучшением настроения на общение с родственниками. При расспросе говорит о тревоге, постоянно думает о том, как будет с работой, считает, что дизартрия воспрепятствует общению (люди могут подумать, что «выпивши»). Непрестанно думает, как жить дальше. Какие изменения в жизнь приносит инсульт, как будет жить на пенсии (и на пенсию). Сообщает, что ничем не может успокоить себя, лишь ненадолго отвлекается на другие темы. Перспектива представляется безнадежной, считает, что надвигается старость, беспомощность. К вечеру, когда самочувствие несколько улучшается, может отвлечься в разговорах. Жалуется на трудности при засыпании. Аппетит снижен.

#### **Задание:**

- 1) Определите синдром.
- 2) Поставьте диагноз.
- 3) Определите терапевтическую тактику.

### **Задача № 6**

Пациент А., 75 лет, был направлен на консультацию к психиатру врачом дерматологом. В течение двух лет пациент обращается к дерматологу по поводу «заражения» насекомыми, которые, как он считает, проникли под кожу на руках, животе, откладывают там личинки. Утверждает, что «жучки» попали на тело от рубашки, купленной на рынке два года назад. Ощущает «жжение», «нащупывает» их передвижение под кожей, особенно ночью, когда не может уснуть. Образно описывает их размеры, конфигурацию туловища, головы (усики, глаза). Утверждает, что они могут менять форму и прятаться, из-за чего их часто не видят окружающие. Родным и врачам постоянно демонстрирует «ходы», следы их жизнедеятельности, соскабливая поверхностный слой дермы в стеклянную банку. Настаивает на проведении анализов в «Центральной» СЭС, поскольку полученным отрицательным результатам не доверяет. Попытки переубедить пациента вызывают раздражение, обижается, утверждает, что он хочет спасти родных от «заражения», из-за чего ограничил контакт с близкими, часто меняет одежду, питается отдельно, постоянно пользуется различными мазями, «народными средствами». В остальном поведение упорядоченное, смотрит ТВ, читает, гуляет. Расстройств памяти не выявляется. Психически больным себя не считает.

#### **Задание:**

- 1) Определите синдром.
- 2) Поставьте диагноз.
- 3) Определите терапевтическую тактику.

### **Задача № 7**

Больной И., 33 года. Данные о психопатологически отягощенной наследственности отсутствуют. В раннем развитии без особенностей. По характеру нерешительный, застенчивый. Круг общения ограничивался близкими родственниками, был привязан к матери. В коллективах предпочитал держаться среди младших по возрасту, избегал шумных игр и шалостей, пасовал перед бойкими сверстниками. В школу пошел в 7 лет, отличался прилежанием, учился в основном на «хорошо». При ответах у доски испытывал сердцебиение, дрожь рук и коленей, сухость во рту, повышенную потливость ладоней. Накануне контрольных работ, экзаменов долго не мог уснуть. После незначительных конфликтов по несколько дней мысленно к ним возвращался, обдумывал обстоятельства произошедшего, размышляя как надо было себя вести, что ответить. Окончив школу, отслужил в армии, не тяготился строгой дисциплиной, напротив – считал работу по уставу единственно правильной. Устроился на работу в МВД. В отношениях с противоположным полом отличался нерешительностью. Заранее тревожился перед свиданиями, старался обдумать, «отрепетировать», что скажет и сделает. Единожды женат на сверстнице, в которую был влюблен со школьной скамьи. В браке на «вторых ролях», при решении важных семейных вопросов сомневался, советовался с женой. Предоставил ей возможность распоряжаться семейным бюджетом.

В 31 год стал участником ДТП на служебном автомобиле и оказался обвиняемым по судебному делу. Во время следствия испытывал выраженную тревогу, боялся возможной уголовной ответственности, нарушался сон, однако выраженной подавленности не испытывал. Несмотря на то, что был признан невиновным, состояние не улучшилось. Напротив, появились приступы тревоги с чувством нехватки воздуха, сердцебиением, ощущением проходящей по телу «волны одновременно жара и холода». Приступы страха возникали только во время управления автомобилем, не чаще одного раза в неделю и длились несколько минут. Избегающим поведением не сопровождались. Лечился амбулаторно в психоневрологическом отделении, на фоне чего интенсивность и частота пароксизмов тревоги снизились. Однако здоровым себя так и не почувствовал. Постепенно, исподволь, на протяжении полугода стойко снизилось настроение.

Наросли апатия, подавленность, безрадостность, перестал испытывать удовольствие от любимых занятий, общения с детьми. На фоне утомляемости, не чувствовал «свежести мыслей», голова казалась «тупой»: испытывал сложности концентрации внимания, рассеянность, забывчивость. Появился отчетливый суточный ритм с небольшим улучшением самочувствия к вечеру, снизился аппетит. Похудел. По утрам, без чувства отдыха после сна, ощущал слабость, «внутренний озноб» с сердцебиением, выраженной тревогой по поводу здоровья. Был вынужден уволиться из МВД. В 32 года впервые обратился в психиатрическую клинику и был госпитализирован.

В статусе обращали на себя внимание угрюмость, мрачность, безынициативность. В беседу вступал неохотно, говорил односложно, глухим голосом без всякого интереса. Высказывал жалобы на приступы страха потери сознания в транспорте, на улице, сопровождающийся чувством нехватки воздуха, ознобом, сердцебиением, которые испытывал преимущественно по утрам. Настроение характеризовал подавленным, с преобладанием тревоги за свое здоровье. Ощущал «тупость» в голове в течение дня, забывчивость и рассеянность. Любые мелкие неприятности в быту сопровождались нарастанием тревоги, казались неразрешимыми проблемами, в бесплодных размышлениях о которых проводил день, а перед сном не мог «выбросить их из головы» и уснуть. Беспокоили головные боли в височно-затылочной области, стягивающие по типу «каска», возникавшие преимущественно во второй половине дня, на фоне усиления утомляемости.

На стационарном лечении находился в течение месяца, получал сульпирид 200 мг/сут., имипрамин до 100 мг/сут., амитриптилин до 50 мг/сут. с эффектом – выровнялось настроение, полностью редуцировались апатия, астения, восстановились сон и аппетит.

**Задание:**

- 1) Квалифицируйте статус на момент госпитализации в психиатрический стационар.
- 2) Квалифицируйте преморбид (характерологические особенности) пациента до дебюта заболевания.
- 3) Определите тактику ведения больного после выписки.

**Задача № 8**

Пациент К., 36 лет. Наследственность манифестными психозами не отягощена. Родился в срок от нормально протекавшей беременности, ранее развитие без особенностей. По характеру формировался в меру активным, общительным, слыл аккуратистом. Закончил школу и университет с отличием. Работал экономистом в различных зарубежных компаниях, менял места работы, прельщаясь большим заработком. На службе зарекомендовал себя как ответственного и исполнительного сотрудника, пользовался авторитетом у подчиненных. В 24 года испытал первую влюбленность, красиво ухаживал за избранницей, стремился окружить заботой. Через год сделал девушке предложение. Отношения в браке складывались ровно, однако пациент тяготился отсутствием детей в браке. Впервые психическое неблагополучие отметил в возрасте 34 лет после внезапной и скоростижной гибели супруги. Первое время (около 2-х месяцев) до конца не осознавал реальности случившегося, видел сны с участием погибшей, узнавал ее в лицах прохожих, слышал на улице знакомый аромат духов. Сразу же резко снизилось настроение, отмечал появление тоски за грудиной, плаксивости. Нарушался сон по типу трудностей засыпания и поверхностного сна. Несмотря на состояние продолжал работать, стремился больше погрузиться в дела, отвлекался от навязчивых размышлений о случившемся несчастье. Периодически отмечал появление суицидальных мыслей, однако попыток не продумывал. Таким состоянием сохранялось на протяжении 14 месяцев. В связи с длительностью психического неблагополучия решил обратиться за помощью к психиатру.

**Задание:**

- 1) Уточните классификационную характеристику состояния.

- 2) Есть ли в клинической картине атипичные признаки, если да, то назовите их?
- 3) Предложите оптимальную терапевтическую стратегию.

### **Задача № 9**

Большая А., 48 лет, замужем в повторном браке, есть взрослый сын. Всегда была общительной, любила танцы, занималась в кружке. Менструации с 13 лет. Во время беременности и в послеродовом периоде психических нарушений не отмечалось. Работала много лет главным редактором журнала, с обязанностями справлялась.

В 42 года после внезапной смерти отца от инфаркта миокарда отметила резкое снижение настроения, «прокручивала» в голове мысли о несправедливости произошедшего, нарушился сон, аппетит. Беспокоили неприятные ощущения в теле: прокалывающие боли в области сердца, ощущение «горящего шара», подкатывающего из грудной клетки к горлу. Спустя 4 месяца отметила полную редукцию психопатологических симптомов (без лечения). В период менопаузы появились приливы жара, холода, усиление эмоциональной лабильности, плаксивости, а также стресспровоцированные (конфликтные ситуации на работе) подъемы АД (до 140/90-150/90 мм рт. ст.), которые сопровождалась клишированной симптоматикой: тревогой за здоровье, головными болями, чувством общей слабости. Был поставлен диагноз гипертоническая болезнь (ГБ) I стадии.

В возрасте 47 лет на фоне кризиса в бизнесе мужа отметила резкое нарастание подавленности и плаксивости («душили слезы»), в сознании доминировали тревожные опасения о будущем семьи, идеи «краха» благополучия, в красках представляла, как муж, став банкротом, будет выплачивать долги кредиторам. Испытывала трудности засыпания. В утренние часы была более выражена подавленность с тоскливыми мыслями о конце беззаботной жизни. Снижился аппетит, за месяц похудела на 5 кг. Стали беспокоить несвойственные ранее трудности концентрации внимания, несобранность. Отметила учащение приступов с подъемом АД (до 180/100 мм рт. ст.) и их видоизменение: сопровождалась появлением страхом смерти в результате инфаркта миокарда, тягостными ощущениями «пламени» в за грудиной области, онемения конечностей по типу «перчаток и носков». Была направлена на лечение в отделение кардиологии ГКБ. По заключению кардиолога: гипертоническая болезнь II стадии, 3 степени повышения артериального давления, высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. По заключению невролога: когнитивные нарушения функционального характера.

#### **Задание:**

- 1) Определите синдром.
- 2) Поставьте диагноз.
- 3) Определите терапевтическую тактику.

### **Задача № 10**

Пациентка К., 19 лет, студентка. Из анамнеза: Наследственность не отягощена. Пробанд. Родилась в семье врачей, всегда была привязана к матери. Росла спокойной, волевой, самостоятельной. Училась на «отлично», ответственно подходила к выполнению домашних заданий. Много читала, предпочитала русскую классику, увлекалась комнатными растениями, много рисовала. После школы сразу поступила в архитектурный институт. К лидерству не стремилась. Хотя была внешне привлекательной, не любила к себе повышенного внимания окружающих. К многочисленным кавалерам относилась критично, с колкой иронией подмечала их недостатки. Большую часть времени проводила в одиночестве или в обществе двух подруг. Отличалась обостренным чувством справедливости. Подолгу помнила неприятные ситуации.

10 месяцев назад внезапно с тяжелым инсультом мать больной попадает в больницу и через неделю умирает, не приходя в сознание. Похороны матери перенесла «как в тумане», чувствовала

подавленность, при этом угнетенность усиливалась, мир утратил краски, пропал ко всему интерес, нарушился сон. Временами винила себя в том, что не смогла предотвратить несчастье, не заботилась о здоровье матери, сидела у нее «на шее». При этом до конца не верила в ее уход, подолгу мысленно, иногда вслух разговаривала с матерью, делилась с ней текущими делами. Все происходящие события и поступки близких и знакомых оценивала как бы глазами матери. Забрала у бабки и тетки старые фотографии, ежедневно просматривала их, формировала семейные фотоальбомы. Часами безутешно рыдала, приходили мысли, что жить не стоит, хотя конкретных суицидальных намерений не было, к тому же приводила для себя веский аргумент – что ее матери вряд ли понравился бы такой поступок дочери. С отцом переживаниями не делилась, считая, что он не может быть поддержкой (безалаберно тратил деньги, увязал в долгах, стал еще больше, чем раньше употреблять алкоголь – практически ежедневно). На предложение знакомой поработать летом в архитектурном бюро со свободным графиком ответила отказом, т.к. не могла сосредоточиться ни на чем, кроме обстоятельств своей трагедии.

**Задание:**

- 1) Определите синдром.
- 2) Поставьте диагноз.
- 3) Определите терапевтическую тактику.

**Задача № 11**

Большая К., 24 года. Дядя и двоюродный брат матери страдают эпилепсией. Родители здоровы. Девочка родилась в срок от второй беременности. Беременность и роды протекали нормально. Отставала в развитии, плохо говорила до 4-х лет. В возрасте 4 лет в течение полугода отмечались пароксизмы (до нескольких раз в день), когда внезапно бледнела, начинала беспричинно смеяться, зрачки расширялись, отмечались остановка взора (невидящий взор) с общим напряжением мышц тела и конечностей. Приступ длился 2-3 минуты, не было конвульсий, но сопровождался непроизвольным мочеиспусканием. После приступа мышечное напряжение исчезало, отмечалась растерянность и последующий сон в течение 2-3 часов. С этого времени девочка стала раздражительной, капризной, драчливой. Через год, в 6 лет припадки возобновились, но до 10 лет протекали легче и не сопровождались последующим сном. В это время – в начальной школе были трудности в учебе: плохо запоминала, не могла сосредоточиться. Стала более конфликтной, из-за чего не имела друзей в классе, неоднократно вступала в спор с учителями, считала, что к ней относятся несправедливо. После 3 класса была переведена во вспомогательную школу. С 10 лет судорожные припадки участились (от 1 до 4-х раз в месяц) и усилились: стали начинаться с громкого крика, отмечались отчетливые тонические и клонические судороги (падала, руки и ноги вытягивались вдоль туловища, после чего начинала «биться», дыхание вначале останавливалось, затем становилось редким и шумным). После припадка обнаруживались прикусы на языке, была сонливой.

После окончания вспомогательной школы устроилась работать уборщицей. Сверхдобросовестно относилась к работе. В предменструальный период становилась без видимой причины напряженной, злобной, мрачной. Могла нецензурно браниться и провоцировать драки. В это время могла не ходить на работу, бесцельно ездила по городу на трамвае. Возвращалась домой к вечеру уже смягченной, угодливой. С 23 лет не справлялась с работой, постоянно конфликтовала с сотрудниками, начальством, была оформлена 2 группа инвалидности. Дома агрессивна к родственникам, провоцирует драки, после которых на непродолжительное время успокаивается. За месяц до поступления в психиатрическую больницу (ПБ) больная вдруг исчезла из дома. Через десять дней родители получили известие из московской ПБ о том, что дочь находится на лечении. При встрече с матерью умоляла увезти ее домой, не могла рассказать, как оказалась в Москве. В

выписке из истории болезни указано, что больная при поступлении была недоступна контакту, стремилась куда-то идти. Стучала в двери, выкрикивала какое-то мужское имя. Была дезориентирована. При попытке уложить ее оказывала яростное сопротивление. Возбуждение удалось купировать при применении высоких доз нейролептиков. Через 4 дня дезориентировка купировалась. Больная была удивлена тем, что находится в другом городе. Через полгода была госпитализирована в ПБ г. Казани после серии судорожных припадков и последующего возбуждения с выраженной дисфорией и агрессивными высказываниями в адрес окружающих. В ПБ состояние изменилось: неистово молилась, громко распевала молитвы, надолго застывала в одной позе с выражением необыкновенного блаженства на лице. Удалось выяснить, что больная видит перед собой вонне ангелов в сияющей одежде, сценopodobные религиозно-мистические сюжеты. Стала называть себя «христовой невестой». Состояние длилось 2 недели, затем значительно улучшилось, появилась критика к перенесенному психозу.

**Задание:**

- 1) Определите синдром.
- 2) Поставьте диагноз.
- 3) Определите терапевтическую тактику.

**Задача № 12**

Больная О., 50 лет. Анамнез. Наследственность отягощена психическими расстройствами по линии матери. Двоюродная сестра больна шизофренией. Развитие без особенностей. Образование высшее техническое. Инвалид 2 группы по психическому заболеванию. До установления группы инвалидности работала инженером. Замужем не была. Детей нет. Живёт одна в отдельной квартире. Психические расстройства на протяжении 10 лет. Заболевание развивалось постепенно (месяцы). В инициальном периоде жалобы на слабость, недомогание, утомляемость, нарушение сна. Перенесла 5 приступов, в том числе – депрессивно-параноидный, с суицидной попыткой отравления. Испытывала вербальные псевдогаллюцинации комментирующего, угрожающего содержания, высказывала бредовые идеи воздействия, преследования. Лечилась в психиатрических стационарах и дневном стационаре психоневрологического диспансера. Получала терапию различными нейролептиками и корректорами (клопиксол 10 мг/сут., галоперидол 15 мг/сут., рисперидон 4 мг/сут., циклодол 6 мг/сут.). Продолжительность ремиссии к моменту наблюдения 2 года. В период текущей ремиссии получала рисперидон 4 мг/сут. В диспансер обратилась с жалобами на подавленное настроение, чувство разбитости, вялости, апатию, нежелание что-либо делать, трудность сосредоточиться, собраться с мыслями, головные боли, отсутствие аппетита, недостаточный сон с частыми пробуждениями. Больная говорила: «Уже прожила большую часть жизни, детей нет, не смогла реализовать себя», «Стоит ли дальше жить, тяжело одной». Отмечала снижение интереса к обычным занятиям, общению. При тщательном расспросе выявлялась стёртая суточная динамика состояния с тенденцией к ухудшению состояния в утренние часы. Характерной была полиморфная вегетативная симптоматика с нестабильностью АД, склонностью к тахикардии, временами возникающими ощущениями жара, потливости, без учащённого мочеиспускания.

**Задание:**

- 1) Поставьте диагноз по МКБ-10.
- 2) Выделите ведущий синдром, определяемый на момент обращения.
- 3) Предположите терапевтическую тактику.

**Задача № 13**

Больной Р., 30 лет. По характеру всегда был несколько подозрительным, что особенно проявлялось в отношении сексуальных партнеров, мог долго попрекать любимую женщину

склонностью к флирту, которое расценивал как «распутное поведение». Бурно реагировал на любые проявления даже незначительного, не выходящего за рамки простой любезности внимания к ним со стороны других мужчин, с которыми нередко, в связи с этим были ссоры. 2 года назад женился, через год родился ребенок. Практически сразу же после родов стал высказывать претензии жене в неверности. В качестве доказательства приводил ее отказ вступить с ним в половую связь через 10 дней после родов. После этого вспомнил, что через несколько месяцев после свадьбы во время вечеринки выходил из дома, чтобы покурить на улице. Понял, что в это время жена вступила в интимную близость с его другом, которая продолжалась и в дальнейшем, подтверждение чему видел, что сын «не похож на него». Считал, что жена продолжала изменять ему во время беременности и после родов. Был уверен, что когда она открывает окно, чтобы проветрить комнату, она тем самым подает знак своему «любовнику». С этой же целью, она «особым образом развешивала детские вещи после стирки». Пытался выяснить отношение с предполагаемым любовником жены, но недоумение последнего лишь усилило подозрение. Вне семейной ситуации, на работе вел себя обычно, ничем не привлекая внимания сослуживцев и хорошо справляясь с должностными обязанностями. В поле зрения психиатров попал после того, как нанял частного детектива для слежки за женой и напал на него, заподозрив в сговоре с «любовниками», так как тот не обнаружил фактов измены жены.

**Задание:**

- 1) Поставьте диагноз по МКБ-10.
- 2) Выделите ведущий синдром, определяемый на момент обращения.
- 3) Предположите терапевтическую тактику.

**Задача № 14**

Пациент М. 10 лет. Родители обратились с жалобами на частые произвольные «лишние» движения в теле и лице иногда тревожность, чувствительность, склонность к слезам, уязвимость к жизненным неудачам, излишнюю привязанность к матери.

На приеме выглядит соответственно возрасту, выражение лица спокойное, но отмечаются физические проявления тревоги: глазной контакт неустойчивый, «ерзает» на стуле, потирает руки, обводит руку пальцем, не знает, чем себя занять. Во время беседы отмечаются повторяющиеся движения - щурит глаза, подергивает бровями, часто моргает, отводит плечи. Два раза возникали произвольные звуковые выкрики. Сам этого не замечает. В незнакомой обстановке с 4-5 лет испытывает тревогу, напряжение. С 9 лет часто совершает повторяющиеся движения: сглатывает слюну, очень часто моргает, дергает плечевым поясом, иногда отмечаются воспроизведение звуков. Движения возникают внезапно, имеют ограниченный характер, исчезают во время сна. С течением времени движения имеют тенденцию менять локализацию. На некоторое время пациент может контролировать эти движения. Интеллектуально развит по возрасту, несколько инфантилен. Отмечает, что повторяющиеся движения усилились на фоне тревоги и переживаний из-за школы и сложностей в отношениях с одноклассниками. Последний год из-за «травли» в школе стал тревожен, чувствителен, плаксив. Сон и аппетит достаточные.

В анамнезе указание на последствия ишемически-гипоксического поражения ЦНС перинатального генеза, а также на неплохой, но кратковременный эффект церебропротективной терапии.

**Задание:**

- 1) Определите синдром.
- 2) Поставьте диагноз.
- 3) Определите терапевтическую тактику.

### Задача № 15

Пациент В., 13 лет. Раннее развитие с признаками диссоциации. В возрасте 2,5-3 лет изменился в поведении, стал возбужденным, находился постоянно в движении, часами кружился или раскачивался, нарушился сон, отмечалось сноговорение, появилась агрессивность, стал неуправляемым, все делал наперекор. Отмечались трудности адаптации в дошкольных учреждениях, часто конфликтовал с детьми. В 5 лет вновь ухудшилось поведение, стал неуправляемым, участились конфликты со сверстниками, проявлял агрессию, дразнил детей, гримасничал, дрался, появился энурез, ночные страхи. В возрасте 6 лет стал рассказывать матери, что научился контактировать с невидимыми друзьями, перестал оставаться один, жаловался на страхи, которые не мог сформулировать. В 7 лет начал посещать общеобразовательную школу, но в течение первого месяца обучения был переведен в коррекционный класс. В возрасте 9 лет (3 класс) начал отказываться от пребывания в школе, стал агрессивным, злобным, пропало чувство дистанции с окружающими. В то же время к себе и собственным возможностям относился с переоценкой, резонерствовал, вел себя бездистантно. В возрасте 10,5 лет поведение стало абсолютно раздраженным, отмечались частые смены настроения, агрессивность, появилась лживость. В общественных местах временами вел себя неадекватно, залезал под стол, гримасничал. Настроение менялось от приподнятого до подавленно-раздраженного и даже гневливого. В 5-ом классе (11 лет) начал совершать кражи, делал это неосознанно, без ощущения сознания, будучи «охваченный желанием». Взяв чужую вещь, мог незаметно подбросить ее назад. В поведении выросла демонстративность, делал все напоказ, подшучивал над окружающими, разыгрывал клоунады. В 13 состоянии больного резко ухудшилось, перестал учиться, прогуливал уроки, продолжал воровать, начал «попрошайничать» на улице. Появился интерес к общению с асоциальными подростками, начал курить, пробовал алкоголь. В это же время отдалился от родных, перестал реагировать на их просьбы: изменить поведение. Высказывал мысли, что наделен «сверхвозможностями» свыше и он должен руководить человечеством, считал, что обладает даром предсказания, умением читать мысли других. Настроение стало изменчивым, чаще повышенным с элементами дурашливости.

На беседу с врачом соглашается охотно. Выглядит старше своего возраста, повышенного питания, одет неаккуратно, неопрятен. Движения угловатые, походка неуверенная, размашистая. Мимика однообразная, выражение лица застывшее, смотрит на врача исподлобья. Предъявляет многочисленные претензии к родителям, жалуется на учителей, оговаривает их. Голос грубый, средней громкости. Речь скандированная, неуместно шутит, не соблюдает чувства дистанции, оговаривается, грубит. Словарный запас соответствует возрасту. Отмечаются резкие смены настроения от депрессивно-дисфорического до повышенного с нелепостью. Выявляются нарушение ассоциативного мышления, обрывы и наплывы мыслей, эпизоды дереализации. Признает, что некоторые люди говорят о нем за спиной плохие вещи, иногда ощущает, что кто-то за ним наблюдает, подозревает, что может быть через камеры. Нередко слышит «оклики». Считает себя особенным, с уверенностью говорит, что может читать мысли людей, предсказывать будущее. Отмечает вкладывание и отнятие мыслей. Уверен, что его действиями и мыслями руководят какие-то люди, хотят, причинить ему вред, за что сам начинает мстить окружающим. Жалуется на разнообразные ощущения в теле, считает это результатом «воздействия». Больным себя не считает, требует к себе особого отношения.

#### Задание:

- 1) Поставьте диагноз по МКБ-10.
- 2) Выделите ведущий синдром, определяемый на момент обращения.

### 3) Предположите терапевтическую тактику.

#### **Задача № 16**

Больной К., 69 лет. Наследственность манифестными психозами не отягощена. Родился в сельской местности вторым ребенком из четверых детей. Рос и развивался в соответствии с возрастными нормами. По характеру всегда был общительным, активным, энергичным, напористым, умел настоять на своем. Образование высшее, химик-технолог, успешно делал карьеру, занимал руководящие должности. В 24 года женился, от брака сын. В супружеской жизни был авторитарным, требовательным. В 30 лет перенес перелом костей таза, лечился консервативно с полным восстановлением всех функций. Болен с 55 лет, когда на фоне роста и увеличения производительности предприятия стал тревожным, суевливым, неуверенным, опасался, что не справится с профессиональными обязанностями. Жаловался на тоску, апатию, пропали интересы, ухудшился сон, аппетит, с трудом заставлял себя ходить на работу. Состояние обошлось в течение нескольких месяцев на амбулаторной терапии. С 65 лет вышел на пенсию, проживал вдвоем с женой, занимался дачей, домашним хозяйством. Настоящее ухудшение в течение полугода (69 лет), когда без видимых причин начал плохо спать, стал суевливым, тревожным, жаловался на тоску, тревогу, не находил себе места, ходил из угла в угол. Появилась ипохондричность, фиксация работе кишечника, жаловался на запоры, ощущения «спазмов» и «распираания» в пищеводе и кишечнике, препятствующих прохождению пищи по желудочно-кишечному тракту. Утверждал, что у него прекратил работать кишечник, не переваривает еду желудок, начал отказываться от пищи, похудел на 14 кг. Однажды в течение длительного времени не возвращался домой с прогулки, заявив, что хотел «замерзнуть насмерть», поскольку стал для семьи обузой. После длительных уговоров родственников согласился обратиться за помощью в геронтопсихиатрический стационар.

Психический статус: при поступлении - физически истощен, походка неустойчивая, неохотно соглашается на беседу, выражение лица тревожно-напряженное. Во время беседы беспокоен, ерзает на стуле, теребит кисти рук, обхватывает голову руками. Ориентирован полностью, на вопросы отвечает неохотно, короткими фразами, повторяет «зачем вы меня сюда привезли», «мне уже ничто не поможет, я погиб». При настойчивых расспросах заявляет, что «вся система организма развалилась - истлели желудок и кишечник, легкие постепенно растворяются, подкорка отслоилась от коры, глаза теряют связь с мозгом». Утверждает, что у него уже месяц нет стула, отказывается от еды, потому что «некуда есть». На просьбу объяснить доходчиво заявляет, что при попытке проглотить пищу чувствует «спазмы» в желудке и кишечнике, распираение, «твердые маленькие частицы пищи внизу живота», «ничего не проходит», «продукты распада пищи отравляют весь организм». Жалуется на мучительное чувство тоски и тревоги на сердце, безнадежность, «полное отсутствие сна». На вопрос о суицидальных мыслях с раздражением заявляет: «Зачем мне такая жизнь?».

#### **Задание:**

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Определите психопатологический синдром.
- 3) Определите возможную схему терапии.

#### **Задача № 17**

Пациентка К.Е., 62 года. Наследственность отягощена по линии матери. Мать в течение жизни отмечала перепады настроения от подъема, до депрессии. В одну из депрессий совершила суицид. Сын, 32 года, здоров. Пациентка родилась от первой беременности в срок, в раннем развитии не

отставала, была подвижным, энергичным, ребенком. Училась всегда на хорошо и отлично. Была общительной, до сих пор общается с подругами, оставшимися со времен школы и ВУЗа. Менструации с 16 лет, болезненные. Отмечала снижение настроения в эти периоды.

Имеет высшее образование. Работала старшим инженером по патентованию бумаги. Замужем была дважды в 28 и 30 лет. Первый брак длился всего несколько месяцев, в одном из подъемов настроения решила развестись. Вскоре вышла замуж повторно. В 32 года родила сына, беременность и роды протекали нормально. В послеродовом периоде настроение сохранялось ровным, была активной матерью, без повода не тревожилась. С удовольствием занималась уходом за ребенком.

Колебания настроения отмечает с 19 лет: ухудшение настроения весной, когда становилась менее инициативной, не так ярко выглядела, меньше общалась. Успеваемость при этом нарушалась незначительно, сон и аппетит оставались достаточными. Осенью же стабильно стала отмечать улучшение настроения, развивала еще большую активность, испытывала легкость в голове, теле, нередко влюблялась. При этом сон и аппетит оставались неизменными, в целом поведение было правильным и изменения оставались незаметными для окружающих. Спады и подъемы настроения длились по 1-2 месяца, сменялись ровным настроением. Такая динамика сохранялась до 35 лет. После 35 лет изменения настроения беспокоили не так регулярно, чаще отмечала спады настроения по 1-2 мес. раз в 2-3 года.

В 42 года пациентка впервые перенесла очерченный подъем настроения, когда стала крайне активной, раздражительной, возбужденной. Сочиняла стихи, сокращались сон и аппетит. Состояние длилось около 2 месяцев, лечилась амбулаторно (назвать назначаемые препараты не может). В последующем состоянии улучшилось. Поддерживающую терапию не принимала.

Впервые выраженное ухудшение настроения отмечалось в 47 лет. Жаловалась на тоску, выраженную апатию, замедление мыслительных процессов, окружающее казалось безрадостным, появились идеи самообвинения, переставала следить за собой, с трудом работала. Пропадал аппетит, худела, нарушался ночной сон. Улучшение состояния отмечала по вечерам. В подобном состоянии сначала лечилась амбулаторно, затем стационарно.

В дальнейшем подобные эпизоды повторялись раз в два года (в 49 лет и в 53 года). С 54 лет, что совпало со становлением климакса, депрессивные состояния возникали с периодичностью 2 раза в год.

В 60 лет перенесла смерть мужа, на момент его смерти уже находилась в депрессивном состоянии, события перенесла без усугубления симптоматики, в похоронах не участвовала. По выходу из депрессии, несмотря на осознание его отсутствия, настроение оставалось ровным. В промежутках между депрессиями продолжала работать, по характеру не менялась, принимала поддерживающую терапию литием нерегулярно. Оставалась очень общительной и деятельной.

#### **Задание:**

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Определите возможную схему терапии.

#### **Задача № 18**

Больная Т., 82 года.

Наследственность отягощена слабоумливающими заболеваниями. Раннее развитие без особенностей. Образование высшее педагогическое. На пенсию с 55 лет. Замужем с 25 лет, от брака имеет дочь. С мужем прожила 6 лет, затем развелась. По характеру была упрямой, несколько эгоистичной. В воспитании дочери была строга, порой деспотична. Первые признаки ухудшения памяти отмечаются с 76 лет, когда появилась рассеянность, трудности с датировкой прошлых

событий. Постепенно у больной стали возникать резкие перепады настроения, гневливость, конфликты с сиделкой, ухаживающей за ее слабоумной сестрой. С 80 лет нарушения памяти прогрессируют, начинает путаться во времени и в текущих событиях. С 82 лет менее активна, много времени тратит на поиски вещей, документов, денег. При посещении Сбербанка устраивает скандалы. Обвиняет сотрудников в краже денег со счетов. Из-за «кражи денег» обращалась в милицию. В связи с таким состоянием обратилась за консультацией к психиатру. На момент осмотра ориентировка во времени нарушена. В месте ориентирована правильно. Ориентировка в семейной ситуации и аутопсихическая ориентировка сохранены. Память на события недавнего и отдаленного времени существенно нарушены. В речи - затруднения припоминания слов, названия предметов. Путается в трактовке логико-грамматических конструкций, конкретно понимает переносный смысл многих пословиц. Совершает ошибки при последовательном вычитании. По шкале MMSE- 22 балла. Сама охотно рассказала, что у нее несколько раз служащие Сбербанка крали все деньги со сберкнижки. Считает, что у нее из дома так же крадут вещи, посуду и лекарства, однако, кто это делает, конкретно назвать не может. Во время беседы отмечается неустойчивое настроение, легко раздражается по поводу «затянувшегося» разговора врача и дочери. Имеются проявления эмоциональной реакции на собственную несостоятельность, расстраивается, извиняется за ошибки, уклоняется от выполнения некоторых заданий, говоря, что она их все равно не сделает. Критики к заболеванию нет, считает себя в целом здоровой.

**Заключение МРТ головы:** внутренняя и наружная сообщающаяся гидроцефалия. Лейкоареоз.

**Задание:**

- 1) Определите синдром и заболевание.
- 2) Определите возможную схему терапии.

### **Задача № 19**

Больной Ч. 63 года. Наследственность не отягощена. Рос и развивался нормально. Окончил в 23 года МАИ, работал в институте преподавателем. Был женат в браке, имеет 2х детей. В разводе с 53 лет. В молодости по характеру был общительным, любил компании. С возрастом стал более замкнутым, стало раздражать общение с людьми, старался больше времени проводить с семьей. Соматически благополучен.

Около 53 лет возник конфликт с соседями, проживающими на верхнем этаже, из-за шума который создавал их ребенок, ситуация разрешилась после развода с женой и переезда в квартиру родителей. В 60 лет вновь стал обращать внимание на шум соседей сверху, беспокоил скрип при перестановке предметов, слышал шум заводных машинок, передвигающихся по полу. Подобные звуки вызывали «эмоциональные переживания», мешали сосредоточиться. Постепенно посторонние звуки стали мешать не только дома, но и на работе. Постепенно снизилось настроение, ощущал себя разбитым, трудно было сосредоточиться на работе. Стало казаться, что в таком состоянии долго не проживет и может умереть. Постепенно шум начал вызывать неприятные в теле, сильную тяжесть в конечностях. По рекомендации терапевта обратился к психиатру, был рекомендован прием рисполепта, но через полгода прекратил прием, т.к. не почувствовал эффекта от лечения. Через год повторно обратился за консультацией к психиатру. На приеме жалуется на сниженное настроение, ничем не может заниматься, с трудом преподает. Дома постоянно мешают посторонние звуки, которые провоцируются соседями сверху, пытается от них защититься наушниками, но это мало помогает, т.к. звуки проникают в голову, даже сквозь наушники. Отмечает, что звуки на него плохо воздействуют, вызывают различные неприятные ощущения в теле.

**Задание:**

- 1) Определите синдром и заболевание.
- 2) Определите возможную схему терапии.

### **Задача № 20**

В ПНД обратилась пациентка А., 76 лет в сопровождении дочери. Соглашается на беседу с психиатром. При осмотре: движения замедлены, выражение лица недовольное, голос громкий. Правильно ориентирована в месте, времени, собственной личности. Понимает, что пришла в диспансер, но «психом» себя не считает. Жалоб не предъявляет. Известно, что после смерти супруга в течение последних трех лет пациентка проживает одна, полностью себя обсуживает. По характеру всегда была пунктуальной, недоверчивой, тревожной. Около трех лет отмечаются неустойчивый фон настроения, нарушения сна, обвиняет соседей, проживающих этажом выше, что они проникают в квартиру, воруют вещи, а потом «подкидывают назад». Убедена, что они специально передвигают и портят ее вещи (замечает это по царапинам на мебели). Вынуждена была установить дополнительный замок на входную дверь. Специально по ночам «что-то пилят, сверлят», эпизодически нечетко слышит, как они обсуждают ее. Планирует обратиться в полицию, т.к. подозревает, что соседи по ночам варят «зелье», чувствует это по запаху на кухне. Предполагает, что они хотят «извести» ее с целью завладеть квартирой. Дочь, как и другие жильцы, ее предположения не подтверждает, но стараются не спорить с ней. Вне своей квартиры, например, находясь в квартире у дочери или в магазине, пациентка чувствует себя спокойно, поведение адекватное. Суицидальных тенденций не обнаруживает. Хотя дочь настаивает, от госпитализации отказывается. Соглашается на прием лекарств дома, так как «устала от шума и надо набраться сил до начала дачного сезона».

#### **Задание:**

- 1) Установите диагноз.
- 2) Требуется ли согласие пациента при первичном обследовании психиатра? Определите необходимую в данном случае форму психиатрической помощи.
- 3) В случае сделки по купле-продаже недвижимости, может ли пациент быть стороной этой сделки?