

Тестовые задания для проведения аттестации врачей-психиатров на II категорию

1. Назовите функции спинного мозга:
 - 1) Рефлекторная или автоматическая
 - 2) Аfferентная
 - 3) Проводниковая *

2. Назовите функцию мозжечка:
 - 1) Автоматический центр равновесия тела в статике и динамике **
 - 2) Управление согласованных сокращений скелетных мышц
 - 3) Координация всех сложных движений **

3. Назовите доли полушарий большого мозга:
 - 1) Лобная, височная, теменная *
 - 2) Височная, мозолистое тело
 - 3) Затылочная, островок (Рейля)

4. Назовите, что циркулирует в синусах твердой мозговой оболочки:
 - 1) Лимфа
 - 2) Венозная кровь *
 - 3) Спинномозговая жидкость

5. Любой врожденный невыученный поведенческий ответ на наружный стимул, это:
 - 1) Инстинкт *
 - 2) Поведение
 - 3) Влечение

6. Существует ли топографическая организация памяти или функция памяти является свойством всех отделов мозга?
 - 1) Да, гиппокамп и прецентральная извилина являются ведущими структурами в сознательном запоминании, хранении и извлечении информации. *
 - 2) Нет, память нельзя приурочить ни к одной мозговой структуре, т.к. она является функцией всех отделов мозга в равной степени.
 - 3) Да, затылочные доли мозга являются центрами памяти.

7. Каковы пути развития мозга человека после рождения?
 - 1) Развитие происходит за счет интернейронов и поэтому масса мозга взрослого человека в три раза превосходит массу мозга ребенка.
 - 2) Человек рождается с полным набором мозговых нейронов. Рост мозга осуществляется за счет увеличения размеров нейронов, числа их отростков, увеличения количества контактов и совершенствования биохимических процессов. *

- 3) Развитие и увеличение массы мозга происходит за счет увеличения количества и функциональной значимости глиальных клеток.
8. Какой вид обучения: эксплицитный (ассоциативный) или имплицитный (неассоциативный) требует большего участия сознания?
- 1) Ассоциативное обучение, т.к. при этом необходимо внимание, память и сохранение сознания. *
 - 2) Неассоциативное обучение, т.к. при этом необходимо вырабатывать рефлекс.
 - 3) Для обеих форм обучения необходим высокий уровень бодрствования и внимания.
9. Повышение восприимчивости обычных внешних раздражений, нейтральных для человека в нормальном состоянии, это:
- 1) Гиперметоморфоз
 - 2) Гиперестезия *
 - 3) Гипостения
10. Мучительное непонимание больным своего состояния, которое осознается как необычное, необъяснимое, это:
- 1) Растерянность *
 - 2) Расстройство ориентировки
 - 3) Деперсонализация
11. Увеличение количества ассоциаций, образовавшихся в каждый отдельный промежуток времени, облегчение их возникновения, это:
- 1) Бессвязное мышление
 - 2) Ментизм
 - 3) Ускорение процесса мышления *
12. Принудительное, насильственное, неодолимое возникновение мыслей, представлений, воспоминаний, сомнений, страхов, стремлений, действий, движений при сознании их болезненности и критическом к ним отношении, это:
- 1) Обсессии *
 - 2) Ассоциативные автоматизмы
 - 3) Импульсивные явления
13. Обездвиженность с повышением мышечного тонуса и отказом от речи, это:
- 1) Кататонический ступор *
 - 2) Депрессивный ступор
 - 3) Кома
14. Забывание названий предметов, имен, забытое название слова заменяется его описанием, это:

- 1) Амнестическая афазия *
 - 2) Акатофазия
 - 3) Шизофазия
15. Состояние общей психической беспомощности со снижением памяти, ослаблением понимания, недержанием аффектов, это:
- 1) Синдром Корсакова
 - 2) Психоорганический синдром *
 - 3) Синдром помрачения сознания
16. Состояние, клиническая картина которого исчерпывается обильными галлюцинациями и не сопровождается помрачением сознания:
- 1) Делирий
 - 2) Галлюциноз *
 - 3) Галлюциноид
17. Состояние, характеризующееся сниженным тоскливым настроением, замедленным мышлением и двигательной заторможенностью, это:
- 1) Астенический синдром
 - 2) Депрессивный синдром *
 - 3) Оглушение
18. Общее, более или менее выраженное недоразвитие психики, проявляющееся в неспособности к абстрактному мышлению, недоразвитием речи, крайне скудном запасе слов, бедности представлений и фантазии, слабости памяти, ограниченном запасе знаний, незначительной способности к их приобретению, эмоциональной бедностью, это:
- 1) Дисмнестическое слабоумие
 - 2) Снижение эмоционально-волевого потенциала
 - 3) Олигофреническое слабоумие *
19. Разнообразные, крайне неприятные, мучительные, тягостные ощущения, исходящие из различных областей тела, отдельных внутренних органов и не имеющие констатируемых соматическими методами исследования причин, это:
- 1) Гиперестезия
 - 2) Гиперметаморфоз
 - 3) Сенестопатии *
20. Расстройство сознания личности, сопровождающееся отчуждением психических свойств личности, это:
- 1) Расстройство ориентировки
 - 2) Деперсонализация *
 - 3) Растерянность

21. Непроизвольно возникающий, непрерывный и неуправляемый поток мыслей, воспоминаний, «вихрь идей», наплыв образов, представлений, это:
- 1) Ускорение процесса мышления
 - 2) Бессвязность мышления
 - 3) Ментизм *
22. Суждения, возникающие в результате реальных обстоятельств, но занявшие в дальнейшем не соответствующее их значению преобладающее положение в сознании с развитием чрезмерного эмоционального напряжения, это:
- 1) Бредовые идеи
 - 2) Сверхценные идеи *
 - 3) Ошибки суждения
23. Двигательное возбуждение, сочетающееся с безысходным отчаянием, мучительной, невыносимой тоской, это:
- 1) Ажитация
 - 2) Меланхолический раптус *
 - 3) Кататоническое возбуждение
24. Придание словам и выражениям особого, отвлеченного, понятного лишь самому больному смысла, вместо общеупотребляемого, это:
- 1) Акатофазия
 - 2) Шизофазия
 - 3) Символическая речь *
25. Сочетание глубокой дезориентировки в окружающем с развитием галлюциноза и острого образного бреда, аффектом тоски, злобы и страха, возбуждением или внешне упорядоченным поведением, это:
- 1) Сумеречное помрачение сознания *
 - 2) Острый чувственный бред
 - 3) Кататоническое возбуждение
26. Состояние, складывающееся из первичного бреда, бреда физического воздействия, псевдогаллюцинаций и других явлений психического автоматизма, это:
- 1) Паранойяльный синдром
 - 2) Галлюцинаторно-параноидный синдром *
 - 3) Парафренный синдром
27. Резкое возбуждение со стонами, тревожной вербигерацией, самоистязанием, сопровождающееся порой страхом, боязливостью, ипохондрическими жалобами или нестойким ипохондрическим бредом, это:
- 1) Раптус
 - 2) Ажитированная депрессия *
 - 3) Ипохондрический бредовый синдром

28. Врач, проводящий психиатрическое освидетельствование, обязан представиться обследуемому или его законному представителю как психиатр:
- 1) Во всех случаях освидетельствования *
 - 2) Во всех случаях освидетельствования, кроме случаев, когда освидетельствуемый представляет непосредственную опасность для себя и окружающих.
29. Вопрос о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке по основаниям, предусмотренным статьей Закона «О психиатрической помощи», решается:
- 1) В суде по месту нахождения психиатрической больницы *
 - 2) В суде по месту жительства лица
 - 3) Главным специалистом
30. Выписка пациента, к которому по решению суда применены принудительные меры медицинского характера, производится:
- 1) По решению комиссии врачей-психиатров
 - 2) По решению комиссии врачей-психиатров или постановлению судьи об отказе в продлении госпитализации
 - 3) Только по решению суда *
31. В соответствии со ст. 12 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», лицу, отказывающемуся от лечения, либо его законному представителю, должны быть разъяснены возможные последствия прекращения лечения. Отказ от лечения осуществляется:
- 1) Отказ от лечения оформляется записью в медицинской документации за подписью лица, его законного представителя и врача-психиатра *
 - 2) Комиссией врачей
 - 3) Устно
32. Выписка пациента, добровольно находящегося в психиатрическом стационаре, проводится:
- 1) По его личному заявлению, заявлению его законного представителя или по решению лечащего врача *
 - 2) По решению комиссии врачей-психиатров
 - 3) По постановлению судьи об отказе в продлении госпитализации
33. Основаниями для помещения лиц в психоневрологические учреждения для социального обеспечения являются:
- 1) Личное заявление лица, страдающего психическими расстройствами и заключение врачебной комиссии с участием врача-психиатра *
 - 2) Постановление суда
 - 3) Решение административных органов
34. Психическое заболевание с тенденцией к длительному непрерывному, волнообразному или приступообразному течению, приводящее к особым изме-

нениям личности в виде снижения энергетического потенциала, эмоционального обеднения и нарастанием интравертированности, дискордантности психических функций, это:

- 1) Эпилептическая болезнь
 - 2) Маниакально-депрессивный психоз
 - 3) Шизофрения *
35. Форма течения шизофрении, отличающаяся хроническим непрерывным течением, в клинике которой изменения личности опережают продуктивную симптоматику (неврозоподобные, бредовые, галлюцинаторные, гебефренические и кататонические синдромы), отсутствуют аффективные синдромы, фантастический бред и онейроидное помрачение сознания:
- 1) Параноидная шизофрения
 - 2) Шизоаффективная шизофрения
 - 3) Простая шизофрения *
36. Клиническая картина, складывающаяся из фобий, сопровождающихся защитными действиями (ритуалами), которые очень быстро систематизируются, занимают ведущее место, в то же время, когда фобии бледнеют, теряют аффективную окраску, постепенно выступают особенности личности в виде аутизма, манерности, нарушений мышления, эгоцентризма, эмоционального оскуднения, характерна для:
- 1) Невроза навязчивых состояний
 - 2) Малопрогрессирующей шизофрении с навязчивостями *
 - 3) Шизофрении с эпизодическим типом течения
37. Хронические кататоно-параноидные состояния с сочетанием неразвернутых кататонических и гебефренических расстройств и несистематизированного бреда преследования и отравления, явлений психического автоматизма и псевдогаллюцинаций, отрывочного парафренного бреда, наиболее характерны для манифестной стадии:
- 1) Параноидной шизофрении
 - 2) Злокачественной юношеской шизофрении *
 - 3) Шизоаффективного психоза
38. Динамика синдромов, характеризующаяся постепенным переходом от параноидального к параноидному с последующим фантастическим видоизменением бреда, протекающая на фоне изменений личности и нарастающей социальной дезадаптации, характерна для:
- 1) Параноидного варианта параноидной шизофрении *
 - 2) Галлюцинаторного варианта параноидной шизофрении
 - 3) Приступообразно-прогрессирующей шизофрении
39. Клиническая картина, в которой сочетаются истероформного типа припадки, эгоцентризм, театральность, лживость, истерические сумеречные со-

стояния и т.п. с одной стороны и аутистические установки личности, неразвернутые бредовые идеи отношения, расстройства мышления – с другой, характерна для:

- 1) Шизоаффективной шизофрении
 - 2) Малопрогрессирующей шизофрении с истерическими проявлениями *
 - 3) Психопатии истерического круга
40. Тип течения шизофрении, при котором непрерывно протекающие синдромы сочетаются с очередным аффективным или аффективно-бредовыми или кататоническими приступами:
- 1) Параноидная шизофрения
 - 2) Эпизодическая с нарастающим дефектом шизофрения *
 - 3) Шизоаффективная шизофрения
41. Преморбидными особенностями личности при шизофрении, протекающей с шизоаффективными приступами являются:
- 1) Нерезко выраженные эмоции, нередко сочетающиеся с повышенной чувствительностью и ранимостью *
 - 2) Грубое психопатоподобное поведение с расторможением влечений
 - 3) Снижение психической активности, утрата интересов, нарастание бездеятельности и отчужденности
42. Какой характер носит бред физического воздействия в случае развития острого психотического состояния на фоне депрессии?
- 1) Индифферентный
 - 2) Доброжелательный
 - 3) Враждебный *
43. Какие продуктивные психотические расстройства являются облигатными для рекуррентной шизофрении?
- 1) Кататонические
 - 2) Аффективные *
 - 3) Параноидные
44. Какие синдромы могут быть фоновыми, непрерывно-протекающими при шизофрении с эпизодическим типом течения?
- 1) Кататонические
 - 2) Аффективные
 - 3) Неврозоподобные, психопатоподобные, параноидные, паранойяльные *
45. Клиническая картина, в которой отчетливая депрессия с острым аффективно-насыщенным полиморфным ипохондрическим синдромом возникает на фоне шизоидных изменений личности, нерезко выраженных неврозоподобных расстройств, характерна для:
- 1) Неврозоподобного течения шизофрении с эпизодическим типом течения*

- 2) Ипохондрического развития личности
 - 3) Малопрогрессирующей шизофрении с ипохондрическими проявлениями
46. Какой вариант течения шизофрении характеризуется развитием приступов различной психопатологической структуры, в возникновении которых, как правило, удается уловить четкую закономерность, и наличием стойких ремиссий?
- 1) Эпизодическое с нарастающим дефектом
 - 2) Непрерывное
 - 3) Рекуррентное *
47. Больному, чье состояние определяется редуцированными парафреническими переживаниями на фоне выраженного эмоционально-волевого дефекта, наиболее показанным этапом реабилитационных воздействий является:
- 1) Стационар
 - 2) Дневной стационар
 - 3) Лечебно-трудовые мастерские *
48. На каком этапе реабилитации более целесообразно находиться больному, перенесшему кратковременное обострение психотической симптоматики, если степень его изменений личности невелика, и он сохраняет трудоспособность?
- 1) Стационар на дому *
 - 2) Лечебно-производственные мастерские
 - 3) Дневной стационар
49. На каком этапе реабилитации целесообразно купировать психоз при дебюте шизофрении?
- 1) Стационар *
 - 2) Дневной стационар
 - 3) Стационар на дому
50. Какие методы лечения шизофрении являются основными?
- 1) ЭСТ
 - 2) Психотропные средства с антипсихотическим, антидепрессивным, транквилизирующим и стимулирующим действием, в меньшей степени используются биологические методы лечения *
 - 3) Биологические методы лечения в сочетании с транквилизаторами
51. Для эпилепсии наиболее характерны:
- 1) Пароксизмальные расстройства и психические нарушения *
 - 2) Аффективные расстройства
 - 3) Дисмнестическое слабоумие

52. В первой фазе типичного генерализованного большого судорожного припадка судороги:
- 1) Тонические *
 - 2) Клонические
 - 3) Ретропульсивные
53. Непроизвольное мочеиспускание возникает в период:
- 1) Фазы тонических судорог
 - 2) Фазы клонических судорог
 - 3) Сна *
54. Приступ, являющийся внезапным кратковременным выключением сознания с остановкой взора, во время которого больной не падает, это:
- 1) Простой абсанс *
 - 2) Пикнолептический припадок
 - 3) Миоклонический припадок
55. Припадки, выражающиеся тоническими или клоническими судорогами конечностей или лица, это:
- 1) Сенсорный джексоновский припадок
 - 2) Моторный джексоновский припадок *
 - 3) Адверсивный припадок
56. Припадки, проявляющиеся судорогами в отдельных группах мышц:
- 1) Генерализованные
 - 2) Фокальные *
 - 3) Психомоторные
57. Характерными для эпилепсии нарушениями интеллектуально-мнестической функции является:
- 1) Замедленность и тугоподвижность мышления, его персеверативность, склонность к детализации, снижение памяти по эгоцентрическому типу *
 - 2) Снижение памяти на текущие события, аспонтанность, вялость, общее обеднение психической деятельности
 - 3) Нарушение речи, утрата способности к спонтанной речи, апраксия и агнозия
58. Для острых аффективных транзиторных психозов при эпилепсии наиболее характерно:
- 1) Снижение настроения с чувством тоски, болезненно переживаемое чувство «отсутствия чувств», тревога, идеи самообвинения
 - 2) Тоскливо-злобное настроение, бредовые идеи отношения, преследования, агрессивные тенденции *
 - 3) Повышенное настроение с ускорением мышления и повышенной двигательной активностью

59. Перечислить основные клинические признаки маниакальной фазы:

- 1) Повышение настроения, ускорение мышления, речевые и двигательные возбуждения *
- 2) Маниакальная дереализация, эйфория, переоценка собственной личности
- 3) Снижение критических способностей, бессвязность мышления, идеи богатства и могущества

60. Чем характеризуется светлый промежуток между двумя фазами БАП?

- 1) Качественной, стойкой ремиссией
- 2) Интермиссией *
- 3) Некачественной ремиссией с изменением личности

61. Что такое РАП?

- 1) Заболевание протекает в форме депрессивных и маниакальных фаз, которые разделены светлыми промежутками
- 2) Происходит циклическая смена только депрессивных или только маниакальных фаз *
- 3) Непрерывная смена маниакальных и депрессивных фаз без светлого промежутка

62. Возникают ли после приступа (БАП) изменения личности?

- 1) Возникают выраженные изменения личности
- 2) Возникают нерезкие изменения личности
- 3) Не возникает никаких изменений личности *

63. Характерны ли для рекуррентной депрессии суточные колебания?

- 1) Да, это типичный признак рекуррентных депрессий *
- 2) Нет, не характерны
- 3) Суточные колебания могут быть, но это нетипично

64. Что такое БАП?

- 1) По типу сдвоенных депрессивных фаз
- 2) Чередование депрессивных и маниакальных фаз с интермиссиями *
- 3) Непрерывное чередование полярных состояний без светлого промежутка

65. Клинические особенности ажитированной депрессии:

- 1) Вялость, адинамия, слабость, чувство бессилия, отсутствие побуждений, безразличие к окружающему
- 2) Раздражительность, чувство тоски и недовольства, склонность к вспышкам ярости, чувство отвращения к жизни
- 3) Двигательное возбуждение с чувством тревоги, а не заторможенность. Тревожная вербигерация. *

66. Из каких клинических симптомов складывается типичная депрессивная триада?

- 1) Эмоциональное торможение (аффект тоски, грусть, снижение настроения) + идеаторное торможение + двигательное торможение *
- 2) Апатия + идеи виновности + вегетативная неустойчивость
- 3) Астения + бред самообвинения + навязчивые идеи

67. Являются ли признаки сезонности типичными для аффективных приступов при РАР, БАР?

- 1) Является достаточно типичным *
- 2) Не имеет никакого значения
- 3) Встречается крайне редко и не является типичным

68. Одинакова ли длительность светлых промежутков между фазами БАР?

- 1) Зависит от продолжительности аффективной фазы
- 2) Да, одинакова
- 3) Продолжительность светлых промежутков неодинакова *

69. Какова средняя терапевтическая доза мелипрамина?

- 1) 5 мг – 10 мг
- 2) 5000 мг – 10000 мг
- 3) 150 мг – 300 мг *

70. Формы функциональных психозов позднего возраста?

- 1) Депрессии, параноиды, галлюцинозы, спутанность *
- 2) Мании, парафрени, псевдодеменции
- 3) Истерические реакции, прогрессирующее слабоумие

71. Разновидности аффективных психозов инволюционном возрасте:

- 1) Гневливая мания, психозы страха
- 2) Ситуационная депрессия, инволюционная меланхолия *
- 3) Аффективно смешанные состояния

72. Основные тенденции клиники психозов позднего возраста?

- 1) Тенденция к систематизации бреда
- 2) Усложнение структуры психических расстройств
- 3) Упрощение структуры, меньший размах и скудность психотического состояния *

73. Психогенный фактор ситуационной депрессии в позднем возрасте?

- 1) Сам возраст как таковой
- 2) Утрата близкого родственника *
- 3) Ухудшение материального положения

74. Особенность конфабуляций в пресениуме?

- 1) Многочисленные и яркие
- 2) Преобладание благодушия и умеренно повышенного настроения над фактом конфабуляции
- 3) Преобладание конфабуляторной фабулы над эйфорией **

75. Характеристика основного синдрома при инволюционной депрессии:

- 1) Апатическая депрессия с вялым субступором
- 2) Депрессия с навязчивостями и суицидальными влечениями
- 3) Тревожно-тоскливое состояние с суицидальными мыслями *

76. Выраженность суицидальных тенденций при инволюционной депрессии:

- 1) Самая большая опасность суицида *
- 2) Суицидальные тенденции мало выражены
- 3) Суицид не характерен

77. Роль психогении в возникновении инволюционного параноида:

- 1) Не имеет значения
- 2) Является существенным фактором *
- 3) Мало значительна

78. Характеристика бредового синдрома при позднем параноиде:

- 1) Антагонистический бред
- 2) Фантастические бредовые конфабуляции
- 3) Бред преследования малого масштаба с узкой бытовой тематикой *

79. Наиболее характерные галлюцинации при пресенильных бредовых психозах?

- 1) Обонятельные и тактильные *
- 2) Аутоскопические
- 3) Висцеральные

80. Основные особенности позднего галлюциноза:

- 1) Рецидивирующий зрительный галлюциноз
- 2) Хроническое галлюцинирование с преобладанием галлюцинаций над бредом
- 3) Эпизодические галлюцинаторные включения в маломасштабный бред *

81. Особенности пресенильного зрительного галлюциноза?

- 1) Эпизодичность и стертость галлюцинаций
- 2) Зрительный псевдогаллюциноз
- 3) Внезапно возникающие образные и яркие галлюцинации *

82. Структура пресбиофренного состояния?

- 1) Корсаковский синдром и прогрессирующая амнезия
- 2) Амнестическая дезориентировка и конфабуляции *

3) Ложные узнавания и эйфория

83. Структура Корсаковского синдрома:

- 1) Эйфория, ретроградная амнезия
- 2) Фиксационная амнезия, конфабуляции, эйфория *
- 3) Помрачение сознания с конфабуляторной спутанностью

84. Наличие сенсорной и моторной афазии при болезни Гаккебуша-Гейера-Геймановича:

- 1) Афатических расстройств нет
- 2) Афатические расстройства малохарактерны
- 3) Афатические расстройства преобладают *

85. Психопатологические симптомы при психотической форме сенильной деменции?

- 1) Паранойяльный, вербальный галлюциноз, фантастические конфабуляции *
- 2) Синдром Кандинского-Клерамбо, конфабулез

86. Наличие кататонического синдрома при пресенильных психозах:

- 1) Не встречается
- 2) Имеет место кататоническое возбуждение и ступор *
- 3) Только кататонический ступор с мутизмом

87. Возможны ли конфабуляторно-фантастические образования при отсутствии нарушений памяти?

- 1) Не встречаются
- 2) Маловероятно
- 3) Встречаются при парафренных психозах *

88. Наиболее частые психотические расстройства при болезни Альцгеймера:

- 1) Бредовые идеи
- 2) Психомоторное возбуждение *
- 3) Сумеречные состояния и эквиваленты

89. Средняя продолжительность исходного состояния при болезни Альцгеймера:

- 1) От 2 до 3 лет *
- 2) От 5 до 6 месяцев
- 3) От 3 до 4 лет

90. Формы старческого слабоумия?

- 1) Простое старческое слабоумие, пресбиофрения, болезнь Гаккебуша-Гейера-Геймановича, психотические формы сенильной деменции *
- 2) Простое старческое слабоумие, пресбиофрения, болезнь Грейцфельда-Якоба

- 3) Хорея Гентингтона, пресбиофрения, простая апатическая форма старческого слабоумия

91. Формы пресенильных деменций?

- 1) Болезнь Пика, болезнь Альцгеймера, пресбиофрения
- 2) Болезнь Пика, болезнь Альцгеймера, Крейцфельд-Якоба и хорея Гентингтона *
- 3) Болезнь Гаккебуша-Гейера-Гаймановича, Крейцфельд-Якоба, Пика, Альцгеймера

92. Основные клинические признаки старческого слабоумия:

- 1) Распад психической деятельности, утрата особенностей личности больного, «старческий делирий»
- 2) «Старческий делирий», конфабуляции, эйфория
- 3) Распад психической деятельности, личности, прогрессирующая амнезия, тотальное слабоумие и маразм *

93. Клиническая характеристика пресбиофрении:

- 1) Прогрессирующая амнезия, эйфория
- 2) Прогрессирующая амнезия, обильные конфабуляции, эйфория, эпизоды острой спутанности с делириозными включениями истинными *
- 3) Корсаковский синдром, «старческий делирий», галлюцинации воображения

94. Основная психопатологическая характеристика болезни Гаккебуша-Гейера-Геймановича:

- 1) Тотальная сенильная деменция с очаговыми расстройствами, сенсорная и моторная афазия, эйфория, конфабуляции *
- 2) Тотальная прогрессирующая амнезия и «старческий делирий», контрактуры
- 3) Корсаковский синдром, афазия, псевдология

95. Психотические формы старческого слабоумия:

- 1) Бредовые, аффективные, сумеречные помрачения сознания, сложные абсансы
- 2) Галлюцинаторно-бредовые, парафренические, острый синдром Кандинского-Клерамбо
- 3) Корсаковский синдром, «старческий делирий», галлюцинации воображения *

96. Характеристика болезни Пика:

- 1) Тотальная атрофия всей коры мозга, начало в 65-70 лет, псевдопаралитическая деменция
- 2) Дебют в 45-60 лет, тотальное слабоумие, ограниченная атрофия в лобных и височных долях мозга *
- 3) Амнестическая деменция, «стоячие обороты» речи, очаговая корковая симптоматика

97. Основная симптоматика болезни Альцгеймера:

- 1) Прогрессирующая деменция, психотические эпизоды, очаговая корковая симптоматика, атрофия в височных и теменных долях мозга, начало в 55-60 лет *
- 2) Лакунарная деменция, психотические эпизоды, начало в 40 лет, логоклонии
- 3) Паралитическая деменция, конструктивная агнозия, переходящие парезы и параличи

98. Симптоматика хореи Гентингтона:

- 1) Хореатический гиперкинез, глубокое амнестическое слабоумие, конфабуляции
- 2) Начало в 20-25 лет, быстрое течение, хореатические гиперкинезы
- 3) Наследственное заболевание, начало в 30-45 лет, течение 20-30 лет, медленное нарастание слабоумия, хореатические гиперкинезы *

99. Маниакальные состояния при сенильной деменции:

- 1) Не встречаются
- 2) Имеют место *
- 3) Только депрессии

100. Средняя продолжительность старческого слабоумия:

- 1) От 10 до 15 лет
- 2) От 1 года до 2 лет
- 3) 4,7 года *

101. Основные признаки злокачественного пресенильного психоза:

- 1) Тревожное возбуждение, прогрессирующая кахексия *
- 2) Пролонгированные сумерки, эпилептиформное возбуждение
- 3) Бессвязность речи и дезориентировка

102. Как отличаются дозировки психотропных средств, применяемых для лечения психозов у лиц позднего возраста от доз, используемых для лечения лиц среднего возраста?

- 1) Составляют 1/3 от доз, рекомендуемых для применения в среднем возрасте *
- 2) Не используются психотропные средства в геронтологической практике
- 3) Не отличаются от рекомендуемых для применения в среднем

103. Каковы типичные признаки нейролептического синдрома, возникающего в позднем возрасте?

- 1) Окулогирные кризы
- 2) Нейролепсия
- 3) Быстро нарастающие проявления старческого одряхления *

104. Постоянный признак последствий черепно-мозговой травмы с нарушением сознания:
- 1) Мнестические синдромы
 - 2) Посттравматическая астения *
 - 3) Пароксизмальные расстройства
105. Острый травматический психоз (развившийся в остром периоде) травмы:
- 1) Делирий *
 - 2) Дисфория
 - 3) Галлюцинаторно-параноидный
106. В клинике каких нарушений сознания встречается ретардированная амнезия?
- 1) Делирий
 - 2) Сумерки *
 - 3) Онейроид
107. Сумеречное состояние сознания травматической этиологии диагностируется по:
- 1) Ярким зрительным галлюцинациям с аффектом страха и возбуждения *
 - 2) Внезапно возникающим и внезапно прекращающимся состояниям с тревожно-злобным аффектом
 - 3) Галлюцинаторно-бредовому возбуждению с агрессивным поведением
108. Характерные признаки травматического делирия:
- 1) Яркие истинные слуховые и зрительные галлюцинации, сопровождающиеся профессиональным характером болезненных переживаний *
 - 2) Амнестический синдром и астения
 - 3) Противопоставление себя болезненным переживаниям
109. Наиболее распространенная клиническая форма травматической энцефалопатии в период отдаленных последствий черепно-мозговых травм:
- 1) Травматическая энцефалопатия с психопатизацией
 - 2) Травматическая церебрастения *
 - 3) Травматическая энцефалопатия с апатией
110. Бредовые психозы острого периода черепно-мозговой травмы связаны:
- 1) С расстройством сознания *
 - 2) Галлюцинациями и иллюзиями
 - 3) Конфабуляциями и псевдореминисценциями
111. Типичная клиническая картина аффективного психоза в остром периоде черепно-мозговой травмы:

- 1) Субдепрессия с тревогой, страхом и ипохондрическими переживаниями
 - 2) Дисфория с моторным беспокойством
 - 3) Гипомания с мориоподобными расстройствами и аспонтанностью *
112. Затяжная форма травматического психоза в остром периоде черепно-мозговой травмы:
- 1) Онейроид, делирий, сумерки
 - 2) Аффективные и бредовые психозы
 - 3) Корсаковский синдром *
113. Дифференциальный признак Корсаковского синдрома:
- 1) Прогрессирующая амнезия
 - 2) Фиксационная амнезия *
 - 3) Ретроградная амнезия
114. Характерные пароксизмальные расстройства в остром периоде черепно-мозговых травм:
- 1) Генерализованные развернутые
 - 2) Генерализованные abortивные
 - 3) Очаговые джексоновские *
115. Дифференциальный диагноз между острыми травматическими психозами – делириозным и онейроидным помрачением сознания строится на основе:
- 1) Дезориентировка в месте, времени и собственной личности
 - 2) Характера и объема галлюцинаторных и бредовых переживаний *
 - 3) Сопутствующего аффективного фона
116. Психические нарушения при опухолях головного мозга определяются:
- 1) Экзогенным типом реагирования (непродуктивные нарушения сознания различной глубины и продуктивные различных видов) *
 - 2) Эндоформными (шизоформными) нарушениями
 - 3) Эндоформными нарушениями, психосоциальными функциональными психозами и экзогенным типом реагирования
117. Типичная динамика психических нарушений при опухолях головного мозга:
- 1) Острое развитие психических нарушений и психозов
 - 2) Подострое развитие психических нарушений и психозов, характеризующееся колебанием психических и психотических нарушений день ото дня и в течение дня
 - 3) Неуклонное, медленное нарастание тяжести психических и психотических нарушений *

118. Первоочередность психопатологии при органическом психосиндроме опухолевой этиологии:

- 1) Нарушение памяти, особенно в отношении последних событий *
- 2) Нарушение интеллектуальных функций – осмысление, суждение, умозаключение
- 3) Нарушение аффективности и волевой сферы – бедность эмоциональных реакций, снижение интеллектуальных запросов, вялость, аспонтанность

119. Особенности депрессий, указывающие на их нозологическую принадлежность к опухолям головного мозга:

- 1) Депрессия с предсердной тоской – витальная депрессия
- 2) Депрессия с агитацией и страхом
- 3) Пессимистическая оценка своего состояния и нигилистическими бредовыми высказываниями *

120. Какая психопатологическая симптоматика в начальной стадии опухоли головного мозга говорит об увеличивающемся внутричерепном давлении?

- 1) Углубление степени нарушения сознания
- 2) Возникновение пароксизмальных расстройств
- 3) Снижение активности и трудоспособности, безучастность, повышенная сонливость, достигающая степени патологического сна *

121. Характерные особенности шизофреноподобной клиники при опухолях головного мозга:

- 1) Галлюцинаторно-бредовые и кататонно-гебефренические проявления *
- 2) Систематизированные бредовые идеи (в том числе ревности) паранойяльной структуры
- 3) Психические автоматизмы («чувство открытости, сделанности мыслей») и парамимические реакции

122. При какой локализации опухоли головного мозга люмбальная пункция противопоказана, т.к. представляет потенциальную опасность:

- 1) Задней черепной ямки *
- 2) Височной области
- 3) Третьего желудочка

123. Существует ли прямая зависимость между видовой спецификой (гистологией) опухолей, их типологией и картиной психопатологических расстройств?

- 1) Существует
- 2) Не существует *
- 3) Существует при злокачественных опухолях

124. Основные психопатологические синдромы при нейроинфекциях:

- 1) Бредовые расстройства
- 2) Галлюцинаторные нарушения
- 3) Расстройства сознания *

125. Быстро нарастающая беспомощность, светобоязнь, сонливость и расстройство сознания, вплоть до комы, иногда развивается делирий. Эта клиника характерна для:

- 1) Энцефалита *
- 2) Гнойного менингита
- 3) Острого травматического психоза

126. Для острых ревматических психозов характерны:

- 1) Фрагментарность и смена различных форм нарушения сознания на фоне манифестного течения ревматизма
- 2) Шизофреноподобная клиника с упрощениями продуктивной симптоматики по мере рецидивов *
- 3) Тревожная депрессия с фрагментарными галлюцинаторно-бредовыми переживаниями

127. Какая клиническая форма второй стадии прогрессивного паралича протекает преимущественно с наличием симптомов слабоумия?

- 1) Ажитированная форма
- 2) Простая или дементная форма *
- 3) Депрессивная форма

128. Сифилитические менингиты и менингоэнцефалиты протекают с клиникой:

- 1) Бредовой
- 2) Галлюцинаторной
- 3) Помрачения сознания *

129. Малосистематизированный бред преследования, отравления, уничтожения в сочетании с вербальным галлюцинозом угрожающего содержания и сопровождающийся эпилептиформным синдромом и эпизодами помрачения сознания характерны для:

- 1) Врожденного сифилиса
- 2) Сифилиса сосудов головного мозга *
- 3) Сифилитического псевдопаралича

130. Прогрессивный паралич возникает после заражения сифилисом через:

- 1) 2-3 года
- 2) 3-5 лет
- 3) 10-15 лет *

131. Клиника паралитического слабоумия укладывается в:

- 1) Тотальное слабоумие *
- 2) Парциальное слабоумие
- 3) Дисмнестическое слабоумие

132. Сифилитический псевдопаралич с клиникой интеллектуального снижения и эйфорией, либо со слезливостью и ипохондрией является:

- 1) Вариантом сосудистого сифилиса мозга *
- 2) Стадией прогрессивного паралича
- 3) Развивается при гуммах головного мозга

133. Психические нарушения при гуммах головного мозга протекают:

- 1) Полиморфной клиникой нарушенного сознания
- 2) Стойкой галлюцинаторно-бредовой симптоматикой
- 3) Псевдотуморозным синдромом *

134. Психические нарушения при врожденном сифилисе:

- 1) Исчерпываются задержкой психического развития с сифилитическими менингитами и менингоэнцефалитами *
- 2) Характеризуются прогрессивным развитием вербального галлюциноза
- 3) Бредом нелепого содержания

135. Общим для всех форм сифилиса мозга являются:

- 1) Апоплетиформный и эпилептиформный синдромы
- 2) Стационарный психоорганический синдром, деменция лакунарного характера *
- 3) Галлюцинаторные и бредовые расстройства в различном объеме и сочетании

136. Является ли психоорганический синдром одним из вариантов симптоматического психоза?

- 1) Да, органический психосиндром – это следствие длительного воздействия той или иной вредности на мозг *
- 2) Да, органический психосиндром может рассматриваться как варианты симптоматических психозов
- 3) Нет, психоорганический синдром не имеет отношения к симптоматическим психозам

137. Какие клинические признаки характерны для астенического варианта психоорганического синдрома?

- 1) Раздражительная слабость, физическая и психическая истощаемость, аффективная лабильность, гиперестезия *
- 2) Выраженная аспонтанность, сужение круга привычных интересов, безразличие к окружающему
- 3) Раздражительность, аффективная лабильность, дисмнестические расстройства

138. Какова клиническая картина острых симптоматических психозов при злокачественных опухолях (основные признаки)?
- 1) Онейроид, кататонические состояния
 - 2) Выраженные расстройства памяти
 - 3) Как правило, делириозное помрачение сознания с нерезким возбуждением *
139. Может ли развиваться привыкание и абстинентный синдром при регулярном приеме циклодола?
- 1) Да *
 - 2) Нет
 - 3) Абстинентный синдром может развиваться только после приема токсических доз циклодола
140. Являются ли типичными для острых симптоматических психозов различные уровни помрачения сознания?
- 1) Нет
 - 2) Могут быть, но не являются типичными *
 - 3) Да
141. Клиника острого интоксикационного психоза (экзогенные типы реакций, которые описал Бонгофер):
- 1) Оглушение. Делирий. Амнезия. Эпилептиформное возбуждение с картиной острого вербального галлюциноза. *
 - 2) Астения. Гиперестезия. Ипохондрические жалобы.
 - 3) Расстройства памяти. Эйфория. Бред величия.
142. Может ли симптоматический психоз иметь клиническую картину конфабулеза?
- 1) Нет
 - 2) Да, конфабулез описан при эпидемии сыпного тифа *
 - 3) Как самостоятельный вариант симптоматического психоза конфабулез не описан
143. Для интоксикации каким препаратом характерна следующая клиническая картина? Делирий с резко выраженным возбуждением и изменчивым аффектом. Оглушение, переходящее в сопор и кому. Тахикардия. Сухость во рту. Мидриаз. Паралич аккомодации. Тремор всего тела. Подергивания отдельных мышечных групп.
- 1) Атропин *
 - 2) Барбитураты
 - 3) Циклодол
144. Является ли характерным феномен «насильственного плача или смеха» для эйфорического варианта психоорганического синдрома?
- 1) Да *

- 2) Нет
 - 3) Феномен «насильственного плача или смеха» является только проявлением кататонических расстройств
145. Эпилептическая реакция у грудного ребенка – это специфическое или неспецифическое реагирование на различные интоксикации и вредности?
- 1) Специфическое реагирование
 - 2) Экзогенный, неспецифический тип реакции *
 - 3) Эндогенного типа реакция
146. Связана ли структура психопатологического синдрома с силой и продолжительностью воздействия вредности на организм?
- 1) Нет, не связана
 - 2) Да, связана *
 - 3) В результате воздействия определенной вредности возникает симптоматический психоз с соответствующими особенностями
147. Оглушение, делирий, аменция, онейроид к патологии какой сферы психической деятельности могут быть отнесены?
- 1) Патология сознания *
 - 2) Эмоционально-волевые нарушения
 - 3) Расстройства мышления
148. Являются ли характерными для эндокринных заболеваний расстройства влечений?
- 1) Да, расстройства влечений являются распространенным симптомом для эндокринных заболеваний *
 - 2) Нет, расстройства влечений не встречаются при эндокринных заболеваниях
 - 3) Расстройства влечений встречаются крайне редко при эндокринных заболеваниях и не являются характерными психическими нарушениями
149. Для аффективных расстройств при эндокринных заболеваниях характерны типичные депрессии и мании?
- 1) Нет, больше характерны атипичные аффективные расстройства в виде депрессий с дисфорией, а маний с эйфорией *
 - 2) Да, характерны типичные аффективные расстройства
 - 3) Характерны тревожные депрессии и гневливая мания
150. Какие психические нарушения характерны для болезни Иценко-Кушинга?
- 1) Астено-динамические и астено-апатические состояния, сочетающиеся с эмоциональными нарушениями *
 - 2) Делирий, аменция, сумеречное помрачение сознания
 - 3) Дисмнестическое слабоумие

151. Какие психические расстройства при кретинизме?

- 1) Психопатоподобный синдром с извращением влечений
- 2) Апатический вариант психоэндокринного синдрома
- 3) Врожденное слабоумие (олигофрения) *

152. Какие психические нарушения бывают при акромегалии?

- 1) Ярко выражены 3 компонента психоэндокринного синдрома – снижение психической активности, расстройство влечений, нарушения настроения *
- 2) Расстройства памяти, интеллектуальное снижение, заторможенность мышления
- 3) Эпилептические припадки и тотальное слабоумие

153. Какие психические нарушения характерны для диффузного токсического зоба (гипертиреоза) прежде всего?

- 1) Снижение психической активности, астено-динамический синдром, адинамия и апатия
- 2) Повышенная аффективная возбудимость, лабильность настроения, расстройство сна, ускорение мышления, затруднение концентрации внимания *
- 3) Сочетание психопатоподобного и амнестико-органического синдромов

154. Отмечаются ли психические сдвиги при благоприятно текущем сахарном диабете?

- 1) Да
- 2) Нет *
- 3) Развивается амнестико-органический синдром

155. Гипогликемическая кома сопровождается расстройством сознания?

- 1) Да, конечно *
- 2) Нет
- 3) При инсулиновой коме бывает психомоторное возбуждение, которое внешне напоминает гебефреническое

156. Типичная триада при Корсаковском психозе:

- 1) Амнезия, дезориентировка, конфабуляции *
- 2) Астения, дезориентировка, конфабуляции
- 3) Мания (гипомания), амнезия, конфабуляции

157. Наиболее часто алкогольный психоз возникает:

- 1) Когда содержание алкоголя в крови снижается *
- 2) На высоте алкогольной интоксикации
- 3) Во время запоя

158. Алкогольный абстинентный синдром – это симптомокомплекс, который возникает при:

- 1) Прекращении употребления спиртного или снижения его доз *

- 2) При передозировке алкоголя накануне
- 3) Как следствие употребления алкоголя накануне

159. Типичные психические нарушения при острой сердечной декомпенсации:

- 1) Оглушение, аментивные состояния *
- 2) Делирий
- 3) Онейроид

160. На начальных этапах уремии возможно развитие:

- 1) Делирия *
- 2) Острого вербального галлюциноза
- 3) Острого параноида

161. Тяжелым формам уремического токсикоза свойственно развитие:

- 1) Оглушения *
- 2) Делирия
- 3) Острого вербального галлюциноза

162. При ревматической хореи, наряду с астеническими проявлениями и эмоциональной лабильностью могут наблюдаться:

- 1) Растрорможенность влечений с эйфорией *
- 2) Делириозные расстройства
- 3) Острые параноидные состояния

163. Какой из метаалкогольных психозов наиболее часто встречается у больных шизофренией?

- 1) Острый алкогольный галлюциноз *
- 2) Острый алкогольный параноид
- 3) Острый алкогольный делирий

164. Кататонические расстройства при симптоматических психозах:

- 1) Могут возникать на отдаленных этапах соматического заболевания
- 2) Сменяются картиной аментивного возбуждения *
- 3) Являются дебютом симптоматического психоза

165. Особенности аффекта при остром алкогольном галлюцинозе:

- 1) Страх, тоска, отчаяние *
- 2) Депрессия с растерянностью
- 3) Разнообразие, сменяемость и калейдоскопичность аффективных нарушений

166. Наиболее типичные особенности бреда при остром алкогольном галлюцинозе:

- 1) Бред преследования или воздействия, принимающий характер бреда физического уничтожения, который связан с истинными обманами восприятия *

- 2) Содержание бреда оторвано от реальности
- 3) Возникновение бреда воздействия, сочетающегося с галлюцинациями

167. Особенности синдрома Кандинского-Клерамбо при остром алкогольном галлюцинозе:

- 1) Сочетание бреда воздействия с истинными вербальными галлюцинациями, галлюцинаторный вариант синдрома открытости *
- 2) Сочетание бреда воздействия с псевдогаллюцинациями, идеаторными, сенестопатическими, кинестетическими автоматизмами
- 3) Бредовый и псевдогаллюцинаторный вариант синдрома открытости

168. Ведущий синдром при неврастении:

- 1) Ипохондрический
- 2) Астенический *
- 3) Агриппнический

169. Ведущий синдром невротической депрессии:

- 1) Реактивная депрессия *
- 2) Слезливая гипотимия
- 3) Ипохондрический синдром

170. Какая из особенностей преморбида характерна для развития истерического невроза?

- 1) Эмотивная лабильность *
- 2) Непостоянство интересов
- 3) Ригидность

171. Какой из синдромов более характерен для истерического невроза?

- 1) Обсессивный
- 2) Ипохондрический *
- 3) Слезливая гипотимия

172. Какое качество преморбида является предпосылкой для развития ипохондрического невроза?

- 1) Ригидность
- 2) Эмоциональная лабильность
- 3) Тревожная мнительность *

173. К психопатиям возбудимого круга относится:

- 1) Эпилептоидная *
- 2) Истерическая
- 3) Паранойяльная

174. К психопатиям тормозимого круга относится:

- 1) Психастеническая *

- 2) Шизоидная
- 3) Неустойчивая

175. Для клинической картины психастенической психопатии характерно:

- 1) Визуализация представлений
- 2) Тревожная мнительность *
- 3) Склонность к аффективным разрядам

176. Для клинической картины истерической психопатии характерно:

- 1) «Умственная жвачка»
- 2) Функциональные неврологические расстройства *
- 3) Гиперсоциабельность

177. Для клинической картины паранойяльной психопатии характерно:

- 1) Эмоциональная лабильность
- 2) Повышенная внушаемость
- 3) Склонность и образование сверхценных идей *

178. Для эпилептоидной психопатии характерно:

- 1) Эмоциональная лабильность
- 2) Полярность *
- 3) Легкость возникновения психогенных реакций

179. Для шизоидной психопатии характерно:

- 1) Богатый «внутренний» мир *
- 2) Упорство в достижении цели
- 3) Беззащитность перед неблагоприятным влиянием окружающей среды

180. Псевдология и псевдофантастика типичны для:

- 1) Шизоидной психопатии
- 2) Истерической психопатии *
- 3) Циклоидной психопатии

181. Кратковременное и обратимое расстройство психотического уровня, возникающее в ответ на воздействие психической травмы, легче возникающее у психопатических личностей или на фоне ослабляющих Н.С. факторов, носит название:

- 1) Реактивный психоз *
- 2) Истерическая реакция
- 3) Психопатическая реакция

182. Внезапно наступающее хаотическое, бессмысленное двигательное беспокойство, которое может протекать на фоне психогенного сумеречного расстройства сознания с нарушением ориентировки и амнезией, называется:

- 1) Истерическое помрачение сознания

- 2) Аффективно-шоковая психогенная реакция (гиперкинетическая форма) *
- 3) Бредовая растерянность
183. Внезапная реакция в форме обездвиженности на переживание страха, несмотря даже на смертельную опасность, развивается при:
- 1) Кататоническом ступоре
 - 2) Депрессивном ступоре
 - 3) Психогенном ступоре *
184. Если больной в ответ на тяжелую жизненную неудачу подавлен, тосклив, слезлив, нередко высказывает мысли о нежелании жить, ходит и сидит в согбенной позе, с опущенной на грудь головой, или лежит, поджав ноги, не реагируя на окружающее и не осмысливает сложные вопросы, значит у него развилась:
- 1) Кататония
 - 2) Истерическая реакция
 - 3) Реактивная депрессия *
185. Реактивный паранойяльный сверхценный по содержанию бред, не выходящий за рамки психотравмирующей ситуации, понятный психологически и сопровождающийся живой эмоциональной реакцией, называется:
- 1) Острый чувственный бред
 - 2) Реактивное паранойяльное бредообразование *
 - 3) Синдром бредоподобных фантазий
186. Ситуационно развившееся паранойяльное бредообразование, обычно кратковременное, свойственное паранойяльным личностям с подозрительностью, тревожностью, идеями отношения и преследования, называется:
- 1) Острая паранойяльная реакция *
 - 2) Бред отношения
 - 3) Психопатическая реакция
187. Состояние, возникающее как психогенно близкое по структуре к острой паранойяльной реакции и свойственное психопатическим личностям с повышенным вниманием к своему здоровью, носит название:
- 1) Сверхценная идея
 - 2) Ипохондрическая реакция *
 - 3) Обсессивно-фобический синдром
188. Идеями преследования, отношения или физического воздействия, отражающими психотравмирующую ситуацию с бредовой интерпретацией происходящего, страхом и обманами чувств, на фоне психогенно измененного сознания, характеризуется:
- 1) Реактивный параноид *
 - 2) Бред преследования

3) Бред интерметаморфоза

189. К истерическому психозу относится:

- 1) Дерезализация
- 2) Агорафобия
- 3) Пуэрилизм *

190. Для пуэрилизма обязательно характерно наличие:

- 1) Мутизма
- 2) Ребячливости *
- 3) Нарушение чувствительности

191. Для синдрома Ганзера характерно:

- 1) Наличие неологизмов
- 2) Отказ от приема пищи
- 3) Мимоговорение и мимодействие *

192. К истерическому психозу относится:

- 1) Псевдодеменция *
- 2) Астазия-абазия
- 3) Кверулянтство

193. Назвать один из клинических вариантов псевдодеменции:

- 1) Маниакальный вариант
- 2) Ажитированный вариант *
- 3) Конфабуляторный вариант

194. Назвать термин, используемый для обозначения психогенно обусловленного психопатологического состояния вследствие неосторожного слова или действия в т.ч. и применения метода обследования медицинских работников:

- 1) Психогения
- 2) Эйфория
- 3) Ятрогения *

195. Иногда, по миновании реактивной депрессии, формируется синдром, проявляющийся пониженным настроением, с оттенком тревожности, мрачности, угнетенности, которые уже не носят характера реакций на какую-нибудь психическую травму и не зависят от ситуации, а характеризуется самостоятельностью и склонностью к цикличности и носящий название:

- 1) Постреактивный аффективный синдром *
- 2) Затянувшийся реактивный психоз
- 3) Истерическая депрессия

196. Остро и подостро развивающееся психическое расстройство, когда довольно быстро формируется концепция тяжелого, опасного для жизни заболевания, обычно неизлечимого, с тревогой, нарушением сна, вегетативными реакциями, «подтверждающими» наличие тяжести заболевания и заставляющими таких больных постоянно обращаться к врачам и все же не доверяющим им, расценивается как:
- 1) Ананкастный синдром
 - 2) Ипохондрическая депрессия *
 - 3) Астено-депрессивный синдром
197. Какие особенности мышления характерны для олигофрении?
- 1) Абстрактный характер мышления
 - 2) Аутизм мышления
 - 3) Конкретный характер мышления *
198. Как называется средняя степень олигофрении?
- 1) Идиотия
 - 2) Имбецильность *
 - 3) Дебильность
199. Как правильно переводится термин «дебильность»?
- 1) Слабый, хилый *
 - 2) Ограниченный, малый
 - 3) Глупый, неспособный
200. Какова этиология болезни Дауна?
- 1) Вызывается внутриутробным поражением зародыша
 - 2) Обусловлена вредными факторами перинатального периода
 - 3) Обусловлена хромосомными абберациями *
201. Каков умственный возраст при идиотии?
- 1) Соответствует развитию ребенка в возрасте 5 лет
 - 2) Остается на уровне ребенка, не достигшего 3 лет *
 - 3) Соответствует возрасту ребенка 7 лет
202. Какая степень олигофрении является наиболее тяжелой?
- 1) Идиотия *
 - 2) Имбецильность
 - 3) Дебильность
203. Какому «умственному возрасту» соответствует психическое развитие при имбецильности?
- 1) До 3 лет
 - 2) 3-7 лет *
 - 3) 7-10 лет

204. Сколько слов составляет словарный запас при имбецильности?
- 1) 20-50 слов *
 - 2) 200-300 слов
 - 3) 2000-3000 слов
205. Какие нарушения психических функций наиболее характерны для олигофрении?
- 1) Ослабление памяти
 - 2) Ограниченный запас общеобразовательных знаний
 - 3) Недоразвитие интеллекта *
206. Бывают ли у олигофренов психозы?
- 1) Да, бывают *
 - 2) Нет, не бывают
 - 3) Могут возникнуть только после тяжелой черепно-мозговой травмы
207. Какова нижняя граница нормального интеллекта?
- 1) 70-80 IQ *
 - 2) 80-100 IQ
 - 3) 100-120 IQ
208. Какие фармакологические препараты могут способствовать развитию и восстановлению психических функций при олигофрении?
- 1) Препараты метаболического действия (глутаминовая кислота, ноотропы) *
 - 2) Нейролептики
 - 3) Транквилизаторы
209. В каких случаях олигофрении показана компенсирующая гормональная терапия?
- 1) Врожденный сифилис, токсоплазмоз
 - 2) Кретинизм, микседема *
 - 3) Фенилкетонурия, галактоземия
210. Характерна ли для дебильности повышенная внушаемость и склонность к подражанию?
- 1) Да *
 - 2) Нет
 - 3) Внушаемость у олигофренов встречается крайне редко
211. Что лучше усваивают олигофрены при обучении – конкретные знания или теорию?
- 1) Овладевают преимущественно конкретными знаниями и навыками *
 - 2) Овладевают преимущественно теорией
 - 3) Обнаруживают хорошую способность к обобщению

212. Годны ли олигофрены к службе в армии?

- 1) Могут быть годны в мирное время
- 2) Ограниченно годны в военное время *
- 3) Годны к строевой службе

213. К каким состояниям адресуется избирательное действие трифтазина?

- 1) Бред, галлюцинации, психические автоматизмы *
- 2) Психомоторное возбуждение
- 3) Кататоно-гебефреническая симптоматика

214. Каковы методы общебиологического воздействия?

- 1) Инсулинокоматозная терапия, психотерапия, аутотренинг, психоанализ
- 2) Психотропные препараты, терапия средой, трудовая реабилитация
- 3) Инсулиношоковая терапия, атропинокоматозная терапия, судорожная терапия, пирогенная терапия, разгрузочнодиетическая терапия, одномоментная отмена психотропных средств *

215. Каковы основные принципы психофармакотерапии?

- 1) Комплексность, клиническая обоснованность и дифференцированность терапии как при выборе показаний, так и в динамическом плане, непрерывность терапевтического воздействия *
- 2) Предпочтителен выбор одного препарата, действующего на симптом-мишень
- 3) Нежелательна частая смена препаратов независимо от динамики синдромов, желательна отмена препарата при ослаблении симптоматики

216. К психолептическим средствам относятся:

- 1) Антидепрессанты, производные нидола
- 2) Психостимуляторы и ноотропы
- 3) Нейролептики, транквилизаторы, нормотимики *

217. Какие психотропные средства относятся к психоаналептическим средствам?

- 1) Ноотропы, нормотимики, транквилизаторы
- 2) Нейролептики, антидепрессанты, психостимуляторы
- 3) Антидепрессанты, психостимуляторы, ноотропы *

218. При каких состояниях наиболее эффективен аминазин?

- 1) Депрессивный раптус
- 2) Кататоническое возбуждение
- 3) Галлюцинаторно-бредовое возбуждение *

219. Каким образом нейролептики, особенно тизерцин, влияют на артериальное давление?

- 1) Нормализуют АД

- 2) Понижает АД *
- 3) Повышает АД

220. К тизерцину особенно чувствителен:

- 1) Онейроидный синдром
- 2) Кататонический ступор
- 3) Галлюцинаторно-бредовое возбуждение *

221. Суточная доза тизерцина для купирования психомоторного возбуждения составляет:

- 1) До 200 мг в/в
- 2) До 200-250 мг в/м *
- 3) До 75 мг в/м

222. К каким состояниям адресуется избирательное антипсихотическое действие пилеридиновых производных фенотиазинового ряда (сонапакс, меллерил)?

- 1) Паранойяльный синдром
- 2) Аффективные расстройства
- 3) Состояния тревоги, страха, напряженности, сочетающиеся с ипохондрией, фобиями, сенестопатиями *

223. К каким состояниям адресуется избирательное действие лепонекса?

- 1) Бред, галлюцинации, психические автоматизмы *
- 2) Психомоторное возбуждение
- 3) Кататоно-гебефреническая симптоматика

224. Первый признак появляющегося паркинсонизма, индуцированного нейролептиками, обычно:

- 1) Брадикинезия *
- 2) Акатизия
- 3) Тремор

225. Делирий отличается от деменции:

- 1) Отсутствием памяти
- 2) Эпизодами галлюцинаций
- 3) Помрачением сознания *

226. Чаще всего побочное действие тизерцина оказывает влияние:

- 1) На вегетативную нервную систему *
- 2) На паренхиматозные органы
- 3) На кровь и кроветворную систему

227. Неулептил не показан для терапии:

- 1) Выраженного психомоторного возбуждения *

- 2) Напряженности, злобности
- 3) Взрывчатости, возбудимости

228. Показаниями к применению хлорпротиксена:

- 1) Тревожно-депрессивные состояния *
- 2) Нарушения сна
- 3) Барбитуровая и алкогольная интоксикация

229. Карбидин противопоказан при:

- 1) Заболеваниях печени *
- 2) Гипертонической болезни
- 3) Нефритах

230. Абсолютно противопоказан аминазин при:

- 1) Острой травме головного мозга *
- 2) Язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки
- 3) Ревмокардите

231. Наиболее выражено антипсихотическое действие:

- 1) Галоперидола *
- 2) Тизерцина
- 3) Аминазина

232. Главным в психотропном действии галоперидола является:

- 1) Избирательное антипсихотическое действие на галлюцинаторную симптоматику *
- 2) Выраженный антидепрессивный эффект
- 3) Действие на систематизированный бред без выраженной галлюцинаторной симптоматики

233. При развитии агранулоцитоза, как осложнения лечения психотропными препаратами:

- 1) Отменить препарат *
- 2) Назначить антигистаминные препараты, гормоны
- 3) Снизить дозу

234. Аминазин наименее эффективен при состояниях:

- 1) Которые характеризуются малой выраженностью возбуждения
- 2) Которые характеризуются возбуждением
- 3) Которые характеризуются аффективными нарушениями *

235. Может ли применяться аминазин для лечения эпилептического статуса?

- 1) Да
- 2) Нет

3) В исключительных случаях *

236. Недопустимо сочетание амитриптилина с:

- 1) Ингибиторами МАО *
- 2) Трициклическими антидепрессантами
- 3) Нейролептиками фенотиазинового ряда

237. Применение трифтазина наиболее эффективно при:

- 1) Параноидной шизофрении *
- 2) Экзогенных психозах с психомоторным возбуждением
- 3) БАР

238. Какие симптомы из перечисленных ниже являются характерными для подростков с нервной анорексией в рамках шизофрении:

- 1) исключение из пищевого рациона углеводистых продуктов;
- 2) значительное похудание с последующей картиной алиментарной дистрофии; патологическая убежденность в своей полноте; вычурная диета*;
- 3) сниженное настроение;
- 4) повышенный интерес к своей внешности.

239. К системным неврозам у детей не относятся:

- 1) невроз страха*;
- 2) невротические нарушения сна;
- 3) тикозные расстройства;
- 4) невротическое заикание.

240. Пассивные реакции протеста включают в себя всё перечисленное, кроме:

- 1) отказ от еды;
- 2) уходы из дома;
- 3) элективный мутизм;
- 4) реакции гиперкомпенсации*.

241. К парциальным задержкам психического развития относятся все перечисленные, кроме:

- 1) дисграфия;
- 2) дислексия;
- 3) дискалькулия;
- 4) психический инфантилизм*.

242. Ребенок 12 лет является воспитанником детского дома коррекционного типа, направляется психиатром на стационарное лечение. Кто дает согласие на госпитализацию и лечение в соответствии с Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании»:

- 1) директор детского дома*;
- 2) психиатр диспансерного отделения;

- 3) специалист управления органов опеки и попечительства;
- 4) медицинская сестра детского дома.

243. Основанием для госпитализации в недобровольном порядке в соответствии со ст. 29 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» для детей до 15 лет является:

- 1) острое психотическое состояние;
- 2) отсутствие законного представителя несовершеннолетнего до 15 лет, находящегося в остром психотическом состоянии*;
- 3) обострение психического заболевания.

244. Противопоказанием для госпитализации в детское отделение психиатрического стационара является:

- 1) возраст младше 7 и старше 15 лет;
- 2) тяжелое соматическое заболевание, требующее специализированного лечения и ухода;
- 3) учащение судорожных приступов вплоть до статусного течения;
- 4) обострение психического заболевания;
- 5) верны варианты 1-3.*

245. Критерии атипичного пубертатного криза:

- 1) грубое гебоидное поведение; нарушение социального функционирования*.
- 2) нарушения мышления инкогерентного типа; аноректно-булимические расстройства;

246. Главной целью системы здравоохранения Российской Федерации является

- 1) изучение - влияния социальных факторов на здоровье населения отдельного человека
- 2) повышение качества и доступности медицинской помощи, лекарственного обеспечения, санитарно-эпидемиологического благополучия*
- 3) снижение стоимости медицинской помощи, повышение доступности и качества лекарственного обеспечения, санитарно-эпидемиологического благополучия
- 4) повышение доступности медицинской помощи, лекарственного обеспечения, санитарно-эпидемиологического благополучия

247. Основными принципами охраны здоровья граждан являются

- 1) приоритет профилактических мер в области здравоохранения*
- 2) самообеспечение граждан в случае утраты здоровья
- 3) платность и финансирование медицинской помощи для инвалидов
- 4) расширение показаний для лечения в круглосуточных стационарах

248. Какие высшие органы государственной власти и управления РФ являются полномочными в области охраны здоровья граждан?

- 1) всемирная организация здравоохранения
- 2) органы управления здравоохранения в крае (области)
- 3) *Министерство здравоохранения и социального развития РФ
- 4) Президент РФ

249. Какое из следующих определений понятия «здоровье» относится к определению, данному ВОЗ (1958)?

- 1) *здоровье - это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов
- 2) здоровье человека - это гармоничное единство биологических и социальных качеств, обусловленных врожденными и приобретенными биологическими и социальными воздействиями.
- 3) здоровье - это процесс сохранения и развития биологических, физиологических, психологических функций, оптимальной трудоспособности и социальной активности человека при максимальной продолжительности его активной жизни.
- 4) здоровье - это динамическое равновесие организма с окружающей природной и социальной средой, при котором все заложенные в биологической и социальной сущности человека способности проявляются наиболее полно.

250. Образ жизни – это

- 1) способ деятельности в материальной сфере жизнедеятельности людей
- 2) совокупность существенных черт деятельности людей
- 3) определенный способ деятельности людей в материальной и нематериальной (духовной) сферах жизнедеятельности*
- 4) способ поведения людей

251. Под «укладом жизни» людей обычно понимают:

- 1) размеры реальных доходов населения
- 2) обеспеченность людей мед. помощью
- 3) порядок общественной жизни, быта, культуры*
- 4) покупательские предпочтения

252. Термин «стиль жизни» относят

- 1) к принятому в обществе укладу быта, культуры
- 2) к материальным и духовно-нравственным условиям, сопутствующим образу жизни
- 3) к индивидуальным особенностям жизни, стиля мышления, поведения*
- 4) порядок общественной жизни, быта, культуры

253. Уровень жизни характеризуют

- 1) размер и структура материальных потребностей*
- 2) уклад быта
- 3) определяющие образ жизни факторы
- 4) размеры валового национального продукта

254. «Здоровый образ жизни» – это:

- 1) отказ от курения
- 2) отказ от алкогольных напитков
- 3) гигиеническое поведение, направленное на укрепление здоровья, обеспечивающее высокий уровень трудоспособности, достижение активного долголетия*
- 4) поведение, направленное на отказ от вредных привычек

255. Здоровый образ жизни – это деятельность, направленная...

- 1) на повышение благосостояния населения
- 2) на рост доступности мед. помощи населению
- 3) на сохранение и укрепление здоровья людей*
- 4) на повышение качества стационарной медицинской помощи

256. «Санитарное просвещение» - это...

- 1) специальная область науки и здравоохранения, имеющая целью увеличение "индекса здоровья"
- 2) специальная область науки и здравоохранения, изучающая поведение людей в состоянии предболезни
- 3) специальная область науки и здравоохранения, имеющая целью формирование поведения, направленного на обеспечение здоровья коллектива, индивидуума и общества в целом*
- 4) специальная область науки и здравоохранения, имеющая целью формирование поведения, направленного на обеспечение готовности платить за медицинскую помощь коллектива индивидуума и общества в целом

257. Какой путь профилактики заболеваний является наименее дорогостоящим и самым практичным?

- 1) здоровый образ жизни*
- 2) приобретение лекарств
- 3) изменение места жительства
- 4) услуги народных целителей

258. Демография как наука изучает

- 1) численность и состав населения*
- 2) летальность
- 3) заболеваемость населения
- 4) инвалидность

259. Средняя продолжительность жизни в наибольшей степени зависит...

- 1) от повозрастных показателей смертности*
- 2) от показателей рождаемости
- 3) от показателей материнской смертности
- 4) от показателей плодовитости

260. Какая группа болезней лидирует в структуре причин смертности всего населения России?

- 1) болезни системы кровообращения*
- 2) новообразования
- 3) болезни органов дыхания
- 4) болезни нервной системы и органов чувств

261. Какая основная причина смертности населения трудоспособного возраста в России?

- 1) травмы, несчастные случаи, отравления*
- 2) новообразования
- 3) заболевания органов дыхания
- 4) врожденные пороки развития

262. Фертильным считается возраст..

- 1) 20-44 года
- 2) 20-49 лет
- 3) 15-49 лет*
- 4) 15-44 года

263. Как рассчитать показатель естественного прироста населения?

- 1) $(\text{число родившихся} - \text{число умерших} \times 100) / \text{среднегодовая численность населения}$
- 2) $(\text{число родившихся} - \text{число умерших} \times 1000) / \text{число детей родившихся живыми и мертвыми}$
- 3) $*(\text{число родившихся} - \text{число умерших} \times 1000) / \text{среднегодовая численность населения}$
- 4) $(\text{среднегодовая численность населения} \times 1000) / (\text{число родившихся} - \text{число умерших})$

264. Ведущей причиной старения населения в России является...

- 1) высокий уровень смертности
- 2) низкий уровень рождаемости*
- 3) увеличение средней продолжительности предстоящей жизни
- 4) низкий уровень смертности

265. Отношение числа родившихся живыми к среднегодовой численности населения, умноженное на 1000 – это показатель...

- 1) естественного прироста
- 2) общей плодовитости
- 3) рождаемости*
- 4) суммарной плодовитости

266. Как рассчитать годовой коэффициент смертности?

- 1) число умерших за год вне стационара X 1000 / среднегодовая численность населения
- 2) *число умерших XI000/ среднегодовая численность населения
- 3) число умерших в стационаре XI000/ число пролеченных в стационаре
- 4) число умерших в стационаре XI000/ среднегодовая численность населения

267. Преобладание среди населения возрастной группы до 14 лет над долей лиц старше 60 лет характерно

- 1) для стационарного типа населения
- 2) для прогрессивного типа населения*
- 3) для регрессивного типа населения
- 4) для устойчивого типа населения

268. Уровень рождаемости в большей мере зависит...

- 1) от численности населения
- 2) от числа браков и разводов
- 3) от количества мужчин трудоспособного возраста
- 4) от количества женщин фертильного возраста*

269. Среди причин общей смертности жителей РФ последние 10 лет первые 3 места занимают

- 1) болезни органов кровообращения, новообразования, травмы и отравления*
- 2) болезни органов пищеварения, болезни сердечно-сосудистой системы, травмы и отравления
- 3) болезни органов кровообращения, новообразования, болезни нервной системы.
- 4) болезни нервной системы и органов чувств, травмы и отравления, болезни органов пищеварения

270. Материнская смертность – это...

- 1) смерть женщины, наступившая в период родов или в течение 42 дней после ее окончания от какой либо причины, связанной с беременностью, независимо от ее продолжительности и локализации, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая
- 2) смерть женщины, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания от какой либо причины, связанной с беременностью, независимо от ее продолжительности и локализации, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая*
- 3) смерть в результате существовавшей прежде болезни или болезни возникшей в период беременности, вне связи с непосредственной акушерской причиной, но отягощенной физиологическим воздействием беременности.
- 4) смерть в результате существовавшей прежде болезни или болезни возникшей в период беременности отягощенной физиологическим воздействием беременности.

271. Демографические процессы в РФ в последнее десятилетие характеризуются...
- 1) положительным естественным приростом
 - 2) "сверх смертностью" женщин
 - 3) прогрессивный тип населения
 - 4) более высоким показателем смертности сельского населения по сравнению с городским*
272. К основным демографическим показателям, характеризующим общественное благополучие, относится...
- 1) антропометрические показатели;
 - 2) рождаемость*;
 - 3) заболеваемость;
 - 4) средняя продолжительность жизни;
273. К основным демографическим показателям, характеризующим общественное здоровье, относится...
- 1) инвалидность
 - 2) смертность*
 - 3) больничная летальность
 - 4) число часто и длительно болеющих
274. Наиболее чувствительным демографическим показателем, характеризующим общественное здоровье, является...
- 1) заболеваемость
 - 2) смертность
 - 3) младенческая смертность*
 - 4) рождаемость
275. Главным индикатором социально-экономического уровня жизни населения является следующий демографический показатель:
- 1) рождаемость
 - 2) средняя продолжительность предстоящей жизни*
 - 3) общая смертность
 - 4) смертность от инсультов
276. Перечислите основные методы изучения заболеваемости населения
- 1) по обращаемости за медицинской помощью*
 - 2) переписи населения
 - 3) переписи больных
 - 4) антропометрические измерения
277. Сколько классов болезней в международной классификации болезней, травм и причин смерти 10-го пересмотра?

- 1) 11
- 2) 19
- 3) 20
- 4) 21*

278. Определите содержание понятия «первичная заболеваемость»

- 1) совокупность посещений в медицинские учреждения
- 2) совокупность зарегистрированных болезней среди населения
- 3) совокупность случаев впервые выявленных заболеваний среди населения*
- 4) совокупность болеющих лиц среди населения

279. Каким приказом определяются виды льготного лекарственного обеспечения граждан?

- 1) № 890 МЗ РФ*
- 2) № 665 МЗ РФ
- 3) № 302 МЗ РФ

280. Каким приказом определяются правила выписки лекарственных средств, в т.ч. льготных?

- 1) № 890 МЗ РФ
- 2) № 665 МЗ РФ
- 3) № 110 МЗ РФ*

281. В федеральную льготу входят все из перечисленных нейролептиков:

- 1) Галоперидол, клопиксол, сертиндол, кветиапин
- 2) Хлорпротиксен, трифтазин, оланзапин, рисперидон
- 3) Галоперидол, клопиксол, торендо, кветиапин*

282. В региональную льготу входят все из перечисленных нейролептиков:

- 1) Трифтазин, азалептин, модитен-депо, хлорпротиксен
- 2) Галоперидол, клопиксол, сонапакс, этаперазил
- 3) Трифтазин, галоперидол-деканоат, модитен-депо, рисперидон*

283. В федеральную льготу входят следующие антидепрессанты:

- 1) Мелипрамин, анафранил, велаксин*
- 2) Ципралекс, амитриптилин, симбалта
- 3) Иксел, рексетин, вальдоксан

284. В региональную льготу входят следующие антидепрессанты:

- 1) Мелипрамин, анафранил, велаксин
- 2) Ципралекс, амитриптилин, симбалта
- 3) Велаксин, стимулатон, амитриптилин*

285. В какие сроки представляются на ВК пациенты, если назначается более четырех препаратов одновременно:

- 1) 1 раз в месяц

- 2) 1 раз в 2 месяца
- 3) 1 раз в 3 месяца*

286. Периодичность представления на ВК пациентов для назначения психофармакологических средств за исключением состоящих на предметно-количественном учете:

- 1) 1 раз в 2 месяца
- 2) 1 раз в 3 месяца*
- 3) 1 раз в 6 месяца

287. Какие психофармакологические средства выписываются только по рецептам ВК ЛПУ:

- 1) Препараты, не входящие в льготный перечень
- 2) Сильнодействующие средства
- 3) При одновременном назначении более 4 препаратов
- 4) Препараты, выписка которых производится по торговому наименованию
- 5) Верны все варианты с 1 по 4*

288. На рецептурных бланках какого типа выписываются льготные лекарственные средства врачом-психиатром «вручную»?

- 1) ф 148 – 1/06л
- 2) ф 107
- 3) ф 148-1/у-04 (л)*

289. На рецептурных бланках какого типа выписываются льготные лекарственные средства врачам-психиатрам в автоматическом режиме?

- 1) № 148-1/у-06 (л)*
- 2) № 148 1/у-04 (л)
- 3) № 148 1/у-88
- 4) АБ № 495272
- 5) № 107-1/у

290. На рецептурном бланке какого типа выписываются лекарственные средства больным, не являющимся льготниками?

- 1) № 148-1/у-06(л)
- 2) № 148-1/у-04(л)
- 3) № 148-1/у-88
- 4) АБ № 495272
- 5) № 107-1/у*

291. Какие коды определяют региональную льготу для психически больных?

- 1) 081, 082
- 2) 440, 720*
- 3) 066, 083

292. Какие коды определяют федеральную льготу для больных?

- 1) 081, 082, 084*
- 2) 082, 084, 088
- 3) 084, 085, 066

293. Рецепты можно выписывать на срок не более:

- 1) 1 месяц
- 2) 2 месяца
- 3) 3 месяца*