

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

**ФАКУЛЬТЕТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ**

ПРИНЯТО
на заседании ученого совета
ФГБОУ ВО РостГМУ
Минздрава России
Протокол № 9

« 27 » 08 2020 г.

УТВЕРЖДЕНО
приказом ректора
« 4 » 09 2020г.
№ 407

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
«Неврология»**

**на тему
"Когнитивные нарушения при заболеваниях нервной системы"**

(СРОК ОБУЧЕНИЯ 36 АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСА)

**Ростов-на-Дону
2020**

Основными компонентами дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности "Неврология" на тему "Когнитивные нарушения при заболеваниях нервной системы" являются: цель программы, планируемые результаты обучения; учебный план; требования к итоговой аттестации обучающихся; рабочие программы учебных модулей; организационно-педагогические условия реализации дополнительной профессиональной программы повышения квалификации; оценочные материалы и иные компоненты.

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации врачей по специальности "Неврология" на тему "Когнитивные нарушения при заболеваниях нервной системы" одобрена на заседании кафедры неврологии и нейрохирургии.

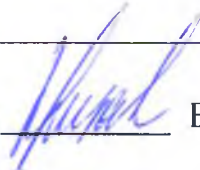
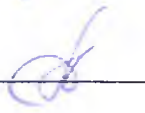
Протокол № 6 от «25» августа 2020 г.

Заведующая кафедрой к.м.н., доцент  Черникова И.В.

2. ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

дополнительной профессиональной программы повышения квалификации по специальности "Неврология" на тему "Когнитивные нарушения при заболеваниях нервной системы"

срок освоения 36 академических часа

СОГЛАСОВАНО	
Проректор по последипломному образованию	« <u>26</u> » <u>08</u> 20 <u>20</u> г.  Брижак З.И.
Декан факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов	« <u>26</u> » <u>08</u> 20 <u>20</u> г.  Бадалянц Д.А.
Начальник управления организации непрерывного образования	« <u>26</u> » <u>08</u> 20 <u>20</u> г.  Герасимова О.В.
Заведующий кафедрой	« <u>25</u> » <u>08</u> 20 <u>20</u> г.  Черникова И. В.

3. ЛИСТ ОБНОВЛЕНИЙ

дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей
по специальности «Неврология» на тему "Когнитивные нарушения при
заболеваниях нервной системы"

срок освоения 36 академических часов

[illegible]

4. Общие положения

4.1. Цель дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей со сроком освоения 36 академических часов по специальности "неврология" на тему "Когнитивные нарушения при заболеваниях нервной системы" заключается в совершенствовании знаний и умений в рамках имеющейся квалификации.

4.2. Актуальность программы:

Обусловлена необходимостью стандартизации подготовки врачей-неврологов по данной специальности в связи с объективными сложностями высокой организации центрального и периферического отделов нервной системы и достаточно многообразными формами ее патологии и способами их исследования, в соответствии с современными требованиями к качеству медицинских услуг по нервным болезням в условиях интенсивной разработки новых технологий, их широкого внедрения в практику

4.3. Задачи программы:

- 1 Сформировать обширный и глубокий объем базовых, фундаментальных медицинских знаний, формирующих профессиональные компетенции врача-невролога, способного успешно решать свои профессиональные задачи.
- 2 Сформировать и совершенствовать профессиональную подготовку врача-невролога, обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующегося в сложной патологии, обладающего умением топически диагностировать заболевания и имеющего знания смежных дисциплин.
- 3 Сформировать умения в освоении новейших технологий и методик в сфере своих профессиональных интересов.
- 4 Подготовить врача-невролога к самостоятельной профессиональной диагностической деятельности, умеющего провести дифференциально-диагностический и топический поиск, оказать в полном объеме медицинскую помощь, в том числе при ургентных состояниях, провести профилактические и реабилитационные мероприятия по сохранению жизни и здоровья во все возрастные периоды жизни пациентов, способного успешно решать свои профессиональные задачи.
- 5 Подготовить врача-невролога, владеющего навыками и врачебными манипуляциями по профильной специальности и общеврачебными манипуляциями по оказанию скорой и неотложной помощи.
- 6 Сформировать и совершенствовать систему общих и специальных знаний, умений, позволяющих врачу-неврологу свободно ориентироваться в вопросах организации и экономики здравоохранения, страховой медицины, медицинской психологии.

Усовершенствовать знания:

- основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения;
- основы медицинской статистики, учета и анализа основных показателей здоровья населения;
- основы медицинского страхования и деятельности медицинских организаций в условиях страховой медицины;

- общие вопросы организации неврологической и нейрохирургической помощи в стране, организацию работы скорой и неотложной помощи;
- анатомию, эмбриологию и топографическую анатомию центральной, периферической и вегетативной нервной системы;
- основные вопросы нормальной и патологической физиологии центральной и периферической нервной системы;
- основные вопросы этиологии и патогенеза неврологических заболеваний;
- клиническую симптоматику основных неврологических заболеваний, их профилактику, диагностику и лечение;
- общие и функциональные методы исследования в неврологической клинике, включая радиоизотопные и ультразвуковые методы, показания и противопоказания к рентгено-радиологическому обследованию неврологического больного;
- основы фармакотерапии в неврологии;
- показания и противопоказания к хирургическому лечению;
- вопросы определения временной и стойкой нетрудоспособности, врачебно-трудовой экспертизы;
- организацию и проведение диспансеризации неврологических больных;

Усовершенствовать умения:

- получить информацию о заболевании применить объективные методы обследования, выявить общие и специфические признаки неврологического заболевания, установить топический диагноз и неврологический синдром;
 - выявить очаговую неврологическую симптоматику у больных с поражениями головного мозга, находящихся в коматозном состоянии;
 - оценить тяжесть состояния больного, принять необходимые меры выведения его из этого состояния, в том числе определить необходимость реанимационных мероприятий;
 - Определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, функциональных), интерпретировать полученные данные, определить показания к госпитализации;
 - провести дифференциальную диагностику основных неврологических заболеваний, обосновать клинический диагноз, схему, план и тактику ведения больного;
 - дать оценку течения заболевания, предусмотреть возможные осложнения и осуществить их профилактику;
 - определить программу реабилитационных мероприятий;
 - решить вопрос о трудоспособности больного;
- Оформить медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению;

Усовершенствовать навыки:

- выполнить люмбальную пункцию и дать диагностическую оценку результатам ликворологического исследования;
- дать правильную интерпретацию и диагностическую оценку результатов рентгенологического исследования черепа и позвоночника, ангиографии, электроэнцефалографии, реоэнцефалографии, доплерографического исследования магистральных артерий, эхоэнцефалографии, электромиографии, а также картины глазного дна и исследования полей зрения.

Трудоемкость освоения - 36 академических часов (1 неделя)

Основными компонентами Программы являются:

- общие положения;
- планируемые результаты обучения;
- учебный план;
- календарный учебный график;
- рабочие программы учебных модулей: "Специальные дисциплины";
- организационно-педагогические условия;
- формы аттестации;
- оценочные материалы <1>.

<1> Пункт 9 приказа Министерства образования и науки Российской Федерации от 01 июля 2013 г. № 499 "Порядок организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам", (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации от 20 августа 2013 г., регистрационный № 29444) с изменениями, внесенными приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 15 ноября 2013 г. № 1244 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 января 2014 г., регистрационный № 31014).

4.4. Содержание Программы построено в соответствии с модульным принципом, структурными единицами модулей являются разделы. Каждый раздел дисциплины подразделяется на темы, каждая тема - на элементы, каждый элемент - на подэлементы. Для удобства пользования Программой в учебном процессе каждая его структурная единица кодируется. На первом месте ставится код раздела дисциплины (например, 1), на втором - код темы (например, 1.1), далее - код элемента (например, 1.1.1), затем - код подэлемента (например, 1.1.1.1). Кодировка вносит определенный порядок в перечень вопросов, содержащихся в Программе, что, в свою очередь, позволяет кодировать контрольно-измерительные (тестовые) материалы в учебно-методическом комплексе (УМК).

4.5. Учебный план определяет состав изучаемых дисциплин с указанием их трудоемкости, объема, последовательности и сроков изучения, устанавливает формы организации учебного процесса и их соотношение (лекции, обучающий симуляционный курс, семинарские и практические занятия, применение дистанционного обучения), конкретизирует формы контроля знаний и умений обучающихся. Планируемые результаты обучения направлены на формирование профессиональных компетенций врача-невролога. В планируемых результатах отражается преемственность с профессиональными стандартами и квалификационной характеристикой должности врача-невролога <2>.

<2> Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 июля 2010 г. № 541н "Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 25 августа 2010 г., регистрационный № 18247).

4.6. В Программе содержатся требования к аттестации обучающихся. Итоговая аттестация осуществляется посредством проведения экзамена и выявляет теоретическую и практическую подготовку обучающегося в соответствии с целями и содержанием Программы.

4.7. Организационно-педагогические условия реализации Программы включают учебно-методическое обеспечение учебного процесса освоения модулей специальности (тематика лекционных, семинарских и практических занятий).

4.8.1 Характеристика профессиональной деятельности обучающихся по специальности «Неврология»:

- **область профессиональной деятельности¹** включает охрану здоровья граждан путем обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения;

- **основная цель вида профессиональной деятельности²**: Профилактика, диагностика, лечение пациентов с когнитивными нарушениями при заболеваниях нервной системы, медицинская реабилитация пациентов

- **обобщенные трудовые функции**: Оказание медицинской помощи пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы;

- **трудовые функции**:

A/01.8 Проведение обследования пациентов с когнитивными нарушениями при заболеваниях нервной системы с целью постановки диагноза

A/02.8 Назначение лечения пациентам с когнитивными нарушениями при заболеваниях нервной системы, контроль его эффективности и безопасности;

A/03.8 Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов, оценка способности пациента осуществлять трудовую деятельность

A/04.8 Оказание паллиативной медицинской помощи пациентам при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы

A/05.8 Проведение медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз в отношении пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы

A/06.8 Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации и организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала

4.8.2 Характеристика профессиональной деятельности обучающихся по специальности «Терапия»:

¹ Приказ Минобрнауки России от 25.08.2014 N1084 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.42 Неврология (уровень подготовки кадров высшей квалификации)" (Зарегистрировано в Минюсте России 27.10.2014 N 34462)

² Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 29.01.2019 №51н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-невролог» (зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 29.01.2019, регистрационный №53898)

- **область профессиональной деятельности³** включает охрану здоровья граждан путем обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения;

- **основная цель вида профессиональной деятельности⁴**: сохранение и укрепление здоровья взрослого населения;

- **обобщенные трудовые функции**: Оказание медицинской помощи населению по профилю «терапия»;

- **трудовые функции**:

A/02.7 Проведение обследования пациента с целью установления диагноза

A/03.7 Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности

A/04.7 Реализация и контроль эффективности медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов, оценка способности пациента осуществлять трудовую деятельность

- **вид программы**: практикоориентированная.

4.9. Контингент обучающихся:

- **по основной специальности**: неврологи

- **по смежным специальностям**: терапевты

5. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ

Планируемые результаты обучения направлены на формирование профессиональных компетенций врача-невролога. В планируемых результатах отражается преемственность с профессиональным стандартом и квалификационной характеристикой должности врача-невролога.

Характеристика компетенций врача-невролога, подлежащих совершенствованию

5.1. Профессиональные компетенции (ПК):

диагностическая деятельность:

- ПК-5: способность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем;

лечебная деятельность:

- ПК-6: способность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании

³ Приказ Минобрнауки России от 25.08.2014 N 1092 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.49 Терапия (уровень подготовки кадров высшей квалификации)" (Зарегистрировано в Минюсте России 27.10.2014 N 34466)

⁴ Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 21.03.2017 №293н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)» (зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 06.04.2017, регистрационный №46293).

неврологической медицинской помощи;

- ПК-7: способность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации;

медицинская реабилитация:

- ПК-8: способность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении;
- ПК-9: способность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.

Характеристика компетенций врача-терапевта, подлежащих совершенствованию

профилактическая деятельность:

- ПК-1: готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;
- ПК-2: готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными;

диагностическая деятельность:

- ПК-5: готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);

лечебная деятельность:

- ПК-6: готовность к ведению и лечению пациентов с заболеваниями терапевтического профиля;
- ПК-8: готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов с заболеваниями внутренних органов, нуждающихся в медицинской реабилитации;

5.2 Объем программы: 36 академических часов

5.3 Форма обучения, режим и продолжительность занятий

График обучения	Акад. часов в день	Дней в неделю	Общая продолжительность программы, месяцев (дней, недель)
Форма обучения			
Очно-заочная (с использованием ДОТ)	6	6	1 неделя, 6 дней

Программа повышения квалификации реализуется с использованием ДОТ и ЭО на дистанционной площадке – «Автоматизированная система ДПО ФГБОУ ВО

РостГМУ Минздрава России (sdo.rostgmu.ru) (далее - система)». В системе, в разделе программы размещены методические материалы, презентации, видеолекции, клинические рекомендации, профессиональные стандарты, а также контрольно-измерительные материалы для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации. Доступ в автоматизированную систему осуществляется при наличии логина и пароля от личного кабинета, который выдается слушателю после издания приказа о зачислении на цикл.

6. УЧЕБНЫЙ ПЛАН

распределения учебных модулей

дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности "неврология" на тему "Когнитивные нарушения при заболеваниях нервной системы" (срок освоения 36 академических часов)

Код	Наименование разделов модулей	Всего часов	В том числе			Из них		Форма контроля
			лекции	ПЗ	СЗ	ОСК	ДО	
Рабочая программа учебного модуля «Специальные дисциплины»								
1.	"Когнитивные нарушения при заболеваниях нервной системы"	34	8	8	18		6	ТК
1.2	Диагностика когнитивных нарушений	4	2	2			2	ТК
1.3	Дифференциальная диагностика синдрома деменции и других синдромов	2			2			ТК
1.4	Болезнь Альцгеймера	6	2	2	2		2	ТК
1.5	Сосудистая деменция	2		2				ТК
1.6	Деменция с тельцами Леви	2			2			ТК
1.7	Локальные корковые атрофии	2			2			ТК
1.8	Фронтотемпоральная деменция. Болезнь Пика	2			2		2	ТК
1.9	Первичная прогрессирующая афазия	2			2			ТК
1.10	Задняя корковая атрофия	2			2			ТК
1.11	Деменция при других нейродегенерациях (болезнь Паркинсона, прогрессирующий надъядерный паралич, кортикобазальная дегенерация, хорea Гентингтона)	4	2		2			ТК
1.12	Деменция при воспалительных заболеваниях ЦНС. Деменция метаболического, алиментарного и токсического генеза. Посттравматическая деменция	4	2		2			ТК

1.13	Особенности ведения пациента с деменцией	2		2				ТК
Итоговая аттестация		2						экзамен
Всего		36	8	8	18		6	

ПЗ - практические занятия

СЗ - семинарские занятия

ОСК – обучающий симуляционный курс

ДО – дистанционное обучение

ПК - промежуточный контроль

ТК - текущий контроль

7. Календарный учебный график

Учебные модули	Месяц			
	1 неделя (часы)	2 неделя (часы)	3 неделя (часы)	4 неделя (часы)
Фундаментальные дисциплины	-	-	-	-
Специальные дисциплины	34	-	-	-
Смежные дисциплины	-	-	-	-
Итоговая аттестация	2		-	-

8. Рабочие программы учебных модулей

Рабочая программа учебного модуля «Специальные дисциплины»

Раздел 1

"Когнитивные нарушения при заболеваниях нервной системы"

Код	Наименования тем, элементов
1.2	Диагностика когнитивных нарушений
1.3	Дифференциальная диагностика синдрома деменции и других синдромов
1.4	Болезнь Альцгеймера
1.5	Сосудистая деменция
1.6	Деменция с тельцами Леви
1.7	Локальные корковые атрофии
1.8	Фронтотемпоральная деменция. Болезнь Пика
1.9	Первичная прогрессирующая афазия
1.10	Задняя корковая атрофия
1.11	Деменция при других нейродегенерациях (болезнь Паркинсона, прогрессирующий надъядерный паралич, кортико-базальная дегенерация, хорея Гентингтона)

1.12	Деменция при воспалительных заболеваниях ЦНС. Деменция метаболического, алиментарного и токсического генеза. Посттравматическая деменция
1.13	Особенности ведения пациента с деменцией

Тематика лекционных занятий

№	Тема лекции	Содержание лекции (коды)	Кол-во часов
1.	Диагностика когнитивных нарушений	1.2	2
2.	Болезнь Альцгеймера	1.4	2
3.	Деменция при других нейродегенерациях (болезнь Паркинсона, прогрессирующий надъядерный паралич, кортико-базальная дегенерация, хорea Гентингтона)	1.11	2
4.	Деменция при воспалительных заболеваниях ЦНС. Деменция метаболического, алиментарного и токсического генеза. Посттравматическая деменция	1.12	2
Итого			8

Тематика семинарских занятий

№	Тема семинара	Содержание семинара (коды)	Кол-во часов
1.	Дифференциальная диагностика синдрома деменции и других синдромов	1.3	2
2.	Болезнь Альцгеймера	1.4	2
3.	Деменция с тельцами Леви	1.6	2
4.	Локальные корковые атрофии	1.7	2
5.	Фронтотемпоральная деменция. Болезнь Пика	1.8	2
6.	Первичная прогрессирующая афазия	1.9	2
7.	Задняя корковая атрофия	1.10	2
8.	Деменция при других нейродегенерациях (болезнь Паркинсона, прогрессирующий надъядерный паралич, кортико-базальная дегенерация, хорea Гентингтона)	1.11	2
9.	Деменция при воспалительных заболеваниях ЦНС. Деменция метаболического, алиментарного и токсического генеза. Посттравматическая деменция	1.12	2
Итого			18

Тематика практических занятий

№	Тема занятия	Содержание занятия (коды)	Кол-во часов
1.	Диагностика когнитивных нарушений	1.2	2
2.	Болезнь Альцгеймера	1.4	2
3.	Сосудистая деменция	1.5	2
4.	Особенности ведения пациента с деменцией	1.13	2
Итого			8

9. Организационно-педагогические условия

Программа повышения квалификации реализуется с использованием ДОТ и ЭО на дистанционной площадке – «Автоматизированная система ДПО ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России (sdo.rostgmu.ru) (далее - система)». В системе, в разделе программы размещены методические материалы, презентации, видеолекции, клинические рекомендации, профессиональные стандарты, а также контрольно-измерительные материалы для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации. Доступ в автоматизированную систему осуществляется при наличии логина и пароля от личного кабинета, который выдается слушателю после издания приказа о зачислении на цикл.

Профессорско-педагогический состав программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество,	Ученая степень, ученое звание	Должность
1	Черникова Ирина Владимировна	К.м.н., доцент	Зав кафедрой
2	Сафонова Ирина Александровна	К.м.н., доцент	Доцент кафедры
3	Балязина Елена Викторовна	Д.м.н., доцент	Профессор кафедры
4	Сорокин Юрий Николаевич	Д.м.н., доцент	Профессор кафедры

10. Формы аттестации

10.1. Итоговая аттестация по Программе проводится в форме экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-невролога в соответствии с требованиями квалификационных характеристик и профессиональных стандартов.

10.2. Обучающийся допускается к итоговой аттестации после изучения дисциплин в объеме, предусмотренным учебным планом.

10.3. Обучающиеся, освоившие программу и успешно прошедшие итоговую аттестацию, получают документ о дополнительном профессиональном образовании – удостоверение о повышении квалификации.

11. Оценочные материалы

11.1. Тематика контрольных вопросов:

- 1) Нейровизуализация при дегенеративных заболеваниях ЦНС
- 2) Классификация паркинсонизма
- 3) Болезнь Паркинсона: эпидемиология, этиопатогенез, классификация клинических форм и стадий болезни
- 4) Болезнь Паркинсона: клиническая диагностика
- 5) Болезнь Паркинсона: немоторные симптомы
- 6) Болезнь Паркинсона: параклиническая диагностика
- 7) Болезнь Паркинсона: лечение в зависимости от возраста пациента
- 8) Болезнь Паркинсона: лечение в зависимости от стадии болезни
- 9) Осложнения лекарственной терапии болезни Паркинсона
- 10) Лечение осложнений лекарственной терапии болезни Паркинсона
- 11) Неотложные состояния при болезни Паркинсона
- 12) Атипичные паркинсонические расстройства ("паркинсонизм-плюс")
- 13) Болезнь Паркинсона (эпидемиология, этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика с другими заболеваниями с брадикинезией и мышечной ригидностью, особенности течения и лечения)
- 14) Деменция с тельцами Леви (этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика с другими заболеваниями с когнитивными расстройствами)
- 15) Множественная системная атрофия (этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика с другими нейродегенеративными заболеваниями ЦНС)
- 16) Мультисистемная атрофия головного мозга. Дифференциальная диагностика клинических форм (стриатонигральная дегенерация, оливо-пonto-церебеллярная дегенерация)
- 17) Ювенильный паркинсонизм (эпидемиология, этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика с другими заболеваниями с брадикинезией, дистонией и мышечной ригидностью, особенности течения и лечения)
- 18) Лобно-височная деменция (этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика с другими заболеваниями с когнитивными расстройствами)
- 19) Прогрессирующий надъядерный паралич (этиопатогенез, клиника,

диагностика, дифференциальная диагностика с другими заболеваниями с когнитивными расстройствами)

- 20) Кортико-базальная дегенерация (этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика с другими заболеваниями с когнитивными расстройствами)
- 21) Болезнь Альцгеймера (этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика с другими заболеваниями с когнитивными расстройствами)
- 22) Прионные болезни (этиопатогенез, клиника болезни Крейтцфельдта-Якоба, болезни Герстманна-Страусслера-Шейнкера, семейной фатальной инсомнии и куру, диагностика, дифференциальная диагностика)
- 23) Болезнь Гентингтона (этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика с другими видами хорей (сенильная, малая, лекарственная, синдром хорей-акантоцитоз, доброкачественная, синдром Леша-Нихена), лечение)
- 24) Аутосомно-доминантные спиноцеребеллярные атаксии (этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика с другими формами наследственных спиноцеребеллярных атаксий)
- 25) Дифференциальная диагностика заболеваний с клиникой мозжечковой атаксии (спиноцеребеллярные дегенерации, рассеянный склероз, опухоли мозжечка, кранио-вертебральные аномалии)
- 26) Спинально-бульбарная амиотрофия Кеннеди (этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика с другими формами поражения периферического мотонейрона)
- 27) Боковой амиотрофический склероз (этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика с другими формами поражения центрального мотонейрона)
- 28) Методы исследования при дегенеративных заболеваниях ЦНС (нейропсихологические тесты, генетическое тестирование, молекулярно-патобиохимические биомаркеры, сканирующая лазерная офтальмоскопия, нейровизуализация).

11.2. Задания, выявляющие практическую подготовку врача-невролога

- опишите особенности клинической картины
- проведите дифференциальную диагностику
- перечислите клинические формы
- назовите классификацию паркинсонизма
- опишите особенности клинической диагностики болезни Паркинсона
- перечислите критерии клинической диагностики болезни Паркинсона
- перечислите клинические формы болезни Паркинсона

- опишите особенности когнитивных нарушений при болезни Паркинсона
- дайте описание МРТ-картины при
- дайте описание МРТ-картины при
- проведите дифференциальную диагностику
- проведите дифференциальную диагностику
- проведите дифференциальную диагностику
- проведите дифференциальную диагностику
- проведите дифференциальную диагностику
- назначьте лечение пациенту с
- назначьте лечение пациенту с
- опишите особенности ведения пациента с
- опишите особенности параклинической диагностики
- перечислите методы исследования при дегенеративных заболеваниях ЦНС
- опишите особенности клинической диагностики
- опишите особенности клинической диагностики болезни Альцгеймера
- назначьте лечение пациенту с болезнью Альцгеймера
- опишите особенности ведения пациента с болезнью Гентингтона
- опишите особенности клинической картины болезни Гентингтона
- назначьте лечение пациенту с лобно-височной деменцией

11.3. Примеры тестовых заданий и ситуационных задач:

Тестовые задания

1. В клинической картине ХИМ степень выраженности хронической ишемии и когнитивных нарушений носит:

- А** прямую зависимость
- Б** обратную зависимость
- В** нет зависимости
- Г** смешанный вариант

2. Для оценки глубины и специфичности нарушения когнитивной сферы пациентам с ХИМ нужно проводить:

- А** нейропсихологическое тестирование когнитивных нарушений
- Б** нейропсихологическое тестирование некогнитивных нейропсихических расстройств
- В** нейропсихологическое тестирование социальной адаптации

Г нейропсихологическое тестирование качества жизни

3. Взаимосвязь эмоциональных и когнитивных нарушений при ХИМ характерны для:

А феномена разобщения

Б корковой дисфункции

В затылочной дисфункции

Г атрофии гиппокампа

4. При когнитивных нарушениях не эффективно применение препаратов:

А ингибиторов АХЭ

Б ноотропов

В статинов

Г обратимых блокаторов NMDA-рецепторов

5. Диагноз сосудистая деменция по МКБ 10 имеет шифр:

А F01, после чего идет цифра, указывающая определенный вид деменции (острая, подкорковая, смешанная и т. д.) или I67.8 (другие поражения сосудов мозга), после чего идет синдромальный диагноз – выраженные когнитивные нарушения

Б ставятся оба шифра

В сосудистая деменция не рубрифицируется в МКБ 10

Г рубрифицируется в МКБ 10 в разделе F03 – неуточненная деменция

6. Факторами риска возникновения сосудистой деменции не являются:

А повышенное или пониженное артериальное давление, церебральный атеросклероз

Б гиперлипидемия, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет

В аритмии, гипергомоцистеинемия

Г патология органов кроветворения

7. Для деменции, вызванной поражением гиппокампа, характерно:

А нарушение способности памяти удерживать информацию о текущих событиях (долговременная память может сохраняться)

Б нарушение долговременной памяти

В сочетание этих нарушений

Г нарушение пространственной ориентации

8. Для подкорковой деменции наиболее характерно:

А пациенту сложно концентрироваться на одном предмете и поддерживать один вид деятельности, происходит нарушение навыков анализа информации (отделения главного от второстепенного)

Б появляются проблемы со счетом

В дизартрия

Г алексия

9. Диагноз сосудистой деменции ставят на основании:

А наличия причинно-следственной связи и связи во времени между поражением головного мозга сосудистой этиологии и развитием когнитивных нарушений

Б наличия существования дисциркуляторных нарушений по данным нейровизуализации

В наличия существования неврологических расстройств – гемипарез, нарушения речи и глотания, нарушения ходьбы

Г нарушения мочеиспускания

10. Для дифференциальной диагностики деменции с депрессией не следует использовать:

А тест рисования часов

Б шкалу тревоги и депрессии HADS

В монреальскую шкалу психического статуса

Г шкалу Бартелл

11. Что отличает сосудистую деменцию от умственной отсталости?

А в отличие от умственной отсталости, при которой расстройства отмечаются с рождения, деменция развивается при приобретенных органических поражениях головного мозга

Б при умственной отсталости нет эмоциональных нарушений

В для сосудистой деменции характерны нарушения не только памяти, но и внимания, восприятия

Г для сосудистой деменции характерны нарушения, восприятия

12. К симптомам деменции не относятся:

А изолированные нарушения отдельных когнитивных функций, при которых интеллект как таковой существенно не страдает

Б нарушение способности памяти удерживать информацию о текущих событиях, трудности сосредоточения, переключения

В нарушения памяти, внимания, восприятия, мышления

Г снижение мнестико-интеллектуальных процессов, обеспечивающих рациональное познание мира

13. Основной принцип лечения сосудистой деменции:

А этиопатогенетический

Б симптоматический

В профилактический

Г курсовой

14. Препараты, не рекомендуемые для улучшения памяти:

А антихолинэстеразные препараты

Б малые нейролептики

В ноотропы

Г антагонисты NMDA-рецепторов

15. Клиническая структура деменции включает в себя:

А нарушение интеллектуальной деятельности и патологическое изменение личности

- Б патологическое изменение личности
- В нарушение эмоциональной сферы
- Г тревожно-депрессивное расстройство

16. Рутинное клиническое исследование когнитивных функций должно охватывать основные когнитивные сферы:

- А ориентировка в месте, времени и собственной личности, память, праксис, гнозис, зрительно-пространственные функции, речь, интеллект**
- Б память, праксис и гнозис
- В зрительно-пространственные функции
- Г речь, интеллект

17. К сфере повседневной активности не относятся:

- А профессиональная деятельность: способность эффективно продолжать свою работу в прежнем качестве
- Б социальная деятельность: способность эффективно взаимодействовать с другими людьми
- В инструментальная повседневная деятельность: вождение автомобиля, способность пользоваться общественным транспортом, бытовой техникой, способность осуществлять покупки, заполнять бланки документов и др
- Г повседневный сон**

18. Какая форма деменции не существует:

- А обратимая
- Б необратимая
- В прогрессирующая
- Г непрогрессирующая**

19. Обратимая форма деменции не наблюдается:

- А при опухлях
- Б при нормотензивной гидроцефалии
- В некоторых инфекциях, интоксикациях, токсических нарушениях
- Г при болезни Альцгеймера**

20. Различают три степени тяжести деменции:

- А легкую, средней тяжести и тяжелую**
- Б умеренную, средней и выраженной тяжести
- В тяжелую, крайне тяжелую, терминальную
- Г умеренную, среднюю и крайне тяжелую

21. Что не относится к сосудистой деменции:

- А мультиинфарктная деменция
- Б инфаркт, локализованный в области головного мозга, критичной для развития деменции
- В субкортикальная (лакунарное состояние головного мозга, болезнь Бинсвангера)
- Г болезнь Крейтцфельда-Якоба**

22. Вторичная деменция на фоне инфекции не обусловлена следующими состояниями:

- А болезнь Крейтцфельда-Якоба
- Б нейросифилис
- В ВИЧ-инфекция
- Г **пневмония**

23. Вторичная деменция на фоне интоксикации не обусловлена следующими состояниями:

- А наркотические вещества
- Б лекарственные средства
- В тяжелые металлы
- Г **вибрационные воздействия**

24. Вторичная деменция не обусловлена следующими дисметаболическими состояниями:

- А гипотиреоз
- Б почечная
- В печеночная недостаточность
- Г **сердечная недостаточность**

25. Раннее начало болезни Альцгеймера чаще связано:

- А **с аутосомно-доминантными мутациями гена белка-предшественника β -амилоида (APP) и генов пресенилина**
- Б гипергомоцистеинемией
- В специфическими аллелями генов аполипопротеина Е
- Г гиперхолестеринемией

26. К факторам риска болезни Альцгеймера не относят:

- А пожилой возраст; женский пол; низкое образование
- Б специфические аллели генов аполипопротеина Е
- В травмы головы; сердечно-сосудистые заболевания; гиперхолестеринемия, сидячий образ жизни, низкую активность; депрессию
- Г **хронические инфекционные заболевания**

27. Для болезни Альцгеймера не характерны следующие патоморфологические изменения:

- А отложение амилоида («сенильные бляшки»)
- Б формирование патологически измененных интранейрональных микротрубочек («нейрофибриллярных сплетений»)
- В амилоидная инфильтрация малых пиллярных сосудов — амилоидная ангиопатия
- Г **очаги демиелинизации**

28. Классическими морфологическими признаками Альцгеймера служат:

- А **сенильные бляшки, переплетения нейрофибрилл, амилоидная ангиопатия, гибель нейронов; разрушение цитоскелета нейронов с изменением межклеточных связей и разрушением синапсов**
- Б переплетения нейрофибрилл

- В амилоидная ангиопатия
- Г гибель нейронов; разрушение цитоскелета нейронов с изменением межклеточных связей и разрушением синапсов

29. Что не относится к причинам сосудистой деменции:

- А Геморрагический инсульт**
- Б повторные инсульты (мультиинфарктная деменция)
- В хроническая артериолосклеротическая гипоперфузия
- Г хроническая атеросклеротическая гипоперфузия

30. Нехарактерные симптомы деменции при болезни Альцгеймера:

- А постепенное начало, прогрессирующее течение, нарушение абстрактного мышления
- Б доминирование расстройств памяти — фиксационная амнезия на ранних стадиях
- В быстрое внезапное начало в преклонном возрасте
- Г возможные делирий, бред; судорожные припадки**

31. В пользу диагноза вероятной болезни Альцгеймера не свидетельствуют:

- А специфические когнитивные нарушения (афазия, агнозия, апраксия)**
- Б нарушение повседневной активности
- В возраст пациента
- Г соответствующие результаты исследований (атрофия головного мозга на МРТ или КТ, нормальная электроэнцефалограмма (ЭЭГ), нормальный ликвор)

32. Что не относится к диагностическим критериям вероятной сосудистой деменции:

- А множественные инфаркты в областях, поражение которых ассоциируется с когнитивными нарушениями
- Б частые транзиторные ишемические атаки в анамнезе
- В возраст и пол пациента**
- Г факторы риска цереброваскулярной патологии

33. Какой вид деменции не относится к сосудистой?

- А мультиинфарктная деменция
- Б подкорковая сосудистая деменция
- В смешанная корковая и подкорковая сосудистая деменция
- Г деменция при болезни Альцгеймера неуточненная**

34. Какие шкалы применяются для оценки когнитивных функций:

- А шкала активности Френчай
- Б шкала Бартела
- В шкала Ренкин
- Г шкала МИНИ-КОГ**

35. К факторам риска сосудистой деменции не относятся:

- А артериальная гипертония
- Б гиперлипидемия
- В сахарный диабет

Г хроническая инфекция

36. Критический объем пораженной мозговой ткани для развития сосудистой деменции:

- А 10-20 мм³
- Б 20-30 мм³
- В 30-40 мм³
- Г **более 50 мм³**

37. При развитии сосудистой деменции не происходит:

- А гибель нейронов
- Б утрата синапсов
- В **активизация обмена нейромедиаторов**
- Г гибель глии

38. Факторами риска развития сосудистой деменции являются:

- А **перенесенный ранее инсульт**
- Б эндокринологическая патология
- В наличие онкологического анамнеза
- Г хроническая интоксикация

39. Исполнительные функции не включают:

- А снижение времени реакций
- Б трудности концентрации внимания
- В нарушение абстрактного мышления
- Г **нарушение памяти**

40. При сосудистой деменции течение:

- А стабильное
- Б может быть прогрессирование
- В может быть регресс
- Г **чередование периодов прогрессирования и стабилизации**

41. Подкорковая сосудистая деменция не характеризуется следующими признаками:

- А деменция подкорково-лобного типа
- Б нарушения равновесия и ходьбы/паркинсонизм
- В псевдобульбарный синдром
- Г **гемипарезы**

42. Очаговые неврологические симптомы при сосудистой деменции не могут появляться впервые:

- А до когнитивных проявлений
- Б одновременно
- В на ранних стадиях деменции
- Г **на поздних стадиях**

43. Деменция при одиночном инфаркте в стратегически важной зоне не возникает при локализации очага в:

- А таламусе
- Б мозжечке**
- В мозолистое тело
- Г гиппокампе

44. Какой вариант сосудистой деменции не выделяют по МКБ-10:

- А деменция с поздним началом**
- Б мультиинфарктная деменция
- В субкортикальная деменция
- Г смешанная кортикальная и субкортикальная

45. Основным направлением терапии сосудистой деменции не является:

- А коррекция сосудистых факторов риска
- Б назначение антидементных пепаратов
- В когнитивный тренинг
- Г отсутствие медикаментозной терапии**

46. К основным антидементным препаратам не относится:

- А мемантин
- Б пирацетам**
- В галантамин
- Г донепезил

47. Сколько выделяют степеней нарушения когнитивной функции?

- А 3
- Б 4
- В 2**
- Г 5

48. Каковы диагностические критерии возрастных нарушений памяти?

- А жалобы на повышенную забывчивость, уменьшение результатов нейропсихологических тестов на память не менее чем на одно стандартное отклонение по сравнению с нормативными показателями для взрослого здорового человека, возраст старше 50 лет, отсутствие деменции, отсутствие других клинически значимых неврологических или соматических заболеваний, которые могли бы быть причиной нарушений памяти
- Б ухудшение психомоторных, зрительно-пространственных, вербально-логических способностей, увеличение времени реакции, депрессия, тревога
- В жалобы на повышенную забывчивость, уменьшение результатов нейропсихологических тестов на память не менее чем на одно стандартное отклонение по сравнению с нормативными показателями для взрослого здорового человека, возраст старше 50 лет, ухудшение психомоторных, зрительно-пространственных, вербально-логических способностей, увеличение времени реакции
- Г возраст старше 50 лет, отсутствие деменции, ухудшение психомоторных, зрительно-пространственных, вербально-логических способностей, увеличение времени реакции

49. Каковы диагностические критерии умеренного когнитивного расстройства?

А жалобы на когнитивные проблемы со стороны самого пациента и/или знающих его лиц в течение последнего года — по сравнению с предшествующим уровнем; сохранный общий уровень интеллекта; нарушение памяти

Б жалобы на когнитивные проблемы со стороны самого пациента и/или знающих его лиц в течение последнего года — по сравнению с предшествующим уровнем; сохранный общий уровень интеллекта; нарушение памяти и/или других когнитивных функций (речи, зрительнопространственных, регуляторных или других); отсутствие влияния когнитивного дефекта на повседневную активность, легкие затруднения при выполнении наиболее сложных повседневных действий; отсутствие деменции

В жалобы на когнитивные проблемы со стороны самого пациента и/или знающих его лиц в течение последнего года — по сравнению с предшествующим уровнем; отсутствие деменции

Г нарушение памяти и/или других когнитивных функций (речи, зрительнопространственных, регуляторных или других); отсутствие влияния когнитивного дефекта на повседневную активность, легкие затруднения при выполнении наиболее сложных повседневных действий

50. Какие выделяют основные клинические варианты синдрома умеренных когнитивных расстройств?

А амнестический, умеренные когнитивные нарушения с множественной когнитивной недостаточностью

Б умеренные когнитивные нарушения с одновременным ухудшением нескольких когнитивных функций, умеренные когнитивные нарушения с преобладанием нарушений в какой-либо одной когнитивной сфере

В умеренные когнитивные нарушения с преобладанием нарушений в какой-либо одной когнитивной сфере при сохранной памяти

Г амнестический, умеренные когнитивные нарушения с множественной когнитивной недостаточностью, умеренные когнитивные нарушения с преобладанием нарушений в какой-либо одной когнитивной сфере при сохранной памяти

51. Перечислите диагностические критерии деменции по МКБ-10:

А нарушения памяти (нарушение способности к запоминанию нового материала, затруднение способности воспроизведения ранее усвоенной информации); клиническая значимость выявляемых нарушений

Б нарушение способности к суждениям, мышлению (планирование, организация) и переработки информации; клиническая значимость выявляемых нарушений; нарушение когнитивных функций определяется на фоне сохранного сознания; эмоциональные и мотивационные нарушения; длительность симптомов не менее 6 месяцев

В нарушения памяти, нарушение способности к суждениям, мышлению (планирование, организация) и переработки информации, клиническая значимость выявляемых нарушений; сохранное сознание, эмоциональные и мотивационные нарушения

Г нарушения памяти, нарушение способности к суждениям, мышлению (планирование, организация) и переработки информации, клиническая значимость выявляемых нарушений; сохранное сознание, эмоциональные и мотивационные нарушения, длительность симптомов не менее 6 месяцев

52. Укажите классификацию деменции по МКБ-10:

- А сосудистая и смешанная деменция
- Б сосудистая деменция и деменция при болезни Альцгеймера
- В сосудистая деменция, деменция при болезни Альцгеймера, смешанная деменция
- Г деменция при болезни Альцгеймера, сосудистая деменция, деменция при болезнях, квалифицированных в других разделах, деменция неуточненная

53. На какие виды, согласно МКБ-10, подразделяется сосудистая деменция?

- А сосудистая деменция с острым началом, мультиинфарктная деменция, подкорковая сосудистая деменция, смешанная корковая и подкорковая сосудистая деменция, другая сосудистая деменция, сосудистая деменция неуточненная
- Б мультиинфарктная деменция, подкорковая сосудистая деменция, смешанная корковая и подкорковая сосудистая деменция, другая сосудистая деменция, сосудистая деменция неуточненная
- В сосудистая деменция с острым началом, мультиинфарктная деменция, подкорковая сосудистая деменция, смешанная корковая и подкорковая сосудистая деменция
- Г сосудистая деменция с острым началом, мультиинфарктная деменция, подкорковая сосудистая деменция, сосудистая деменция неуточненная

54. Какое хроническое прогрессирующее заболевание головного мозга, развивается при гипертонической болезни, клинико-морфологическим выражением которого является субкортикальная артериосклеротическая энцефалопатия, приводящая в конечном итоге к деменции и протекающая с эпизодами острого развития очаговой симптоматики или с прогрессирующими неврологическими расстройствами, связанными с поражением белого вещества полушарий головного мозга?

- А мультиинфарктное состояние
- Б болезнь Альцгеймера
- В болезнь Бинсвангера
- Г сосудистая деменция

55. Что является морфологическим субстратом субкортикальной атеросклеротической энцефалопатии (болезни Бинсвангера)?

- А поражение самых мелких перфорирующих артерий белого вещества мозга диаметром менее 150 мкм в виде гипертрофии сосудистой стенки, гиалиноза, склероза, сопровождающихся сужением или полным закрытием просвета сосуда, ведущее к диффузному поражению вещества мозга (спонгиоз, очаги неполного некроза, распад миелина, очаги энцефалолизиса)
- Б поражение мелких перфорирующих артерий белого вещества мозга диаметром 250-500 мкм в виде гипертрофии сосудистой стенки, гиалиноза, склероза, сопровождающихся сужением или полным закрытием просвета сосуда
- В поражение средних перфорирующих артерий белого вещества мозга диаметром 200-300 мкм в виде перекалибровки, гипертрофии сосудистой стенки, гиалиноза, склероза, сопровождающихся сужением или полным закрытием просвета сосуда, ведущее к диффузному и мелкоочаговому поражению вещества мозга

Г поражение крупных перфорирующих артерий белого вещества мозга диаметром 300-500 мкм в виде перекалибровки, гипертрофии сосудистой стенки, гиалиноза, склероза

56. Какие симптомы не характерны для субкортикальной атеросклеротической энцефалопатии (болезни Бинсвангера)?

А прогрессирующее нарастание когнитивных нарушений (снижение памяти, внимания, интеллекта), достигающее на последних этапах степени деменции, возможны легкие и умеренные парезы конечностей

Б постепенное нарастание эмоционального оскудения, потеря интереса к жизни, сужение круга интересов

В постепенное нарастание постуральных и локомоторных нарушений (в первую очередь ходьбы), псевдобульбарный синдром различной выраженности, постепенное нарастание нарушений контроля функций тазовых органов

Г когнитивные нарушения, редко достигающие степени деменции

57. Какие симптомы характерны для мультиинфарктного состояния?

А прогрессирующее нарастание когнитивных нарушений (снижение памяти, внимания, интеллекта), достигающее на последних этапах степени деменции, возможны легкие и умеренные парезы конечностей

Б постепенное нарастание эмоционального оскудения, потеря интереса к жизни, сужение круга интересов

В постепенное нарастание постуральных и локомоторных нарушений (в первую очередь ходьбы), псевдобульбарный синдром различной выраженности, постепенное нарастание нарушений контроля функций тазовых органов

Г характерно ступенеобразное развитие симптоматики, когнитивные нарушения, редко достигают степени деменции

58. Какая группа лекарственных препаратов является в настоящее время «золотым стандартом» лечения большинства наиболее распространенных форм деменции?

А ацетилхолинэргические и глутаматэргические препараты

Б ноотропные препараты

В антиоксидантные препараты

Г антигипоксанта

59. Какие препараты относятся к группе ингибиторов ацетилхолинэстеразы?

А донепезил, ривастигмин, галантамин, ипидакарин

Б ривастигмин, галантамин, ипидакарин, пирацетам, винпоцетин

В мемантин, леводопа

Г холина альфосцерат, пирацетам, мемантин

60. Какие препараты приоритетны на стадии недементных (легких и умеренных) когнитивных нарушений?

А ингибиторы ацетилхолинэстеразы

Б обратимые ингибиторы NMDA-рецепторов

В препараты с синапторегулирующим действием

Г ингибиторы ацетилхолинэстеразы и обратимые ингибиторы NMDA-рецепторов

61. С какой целью используются нейропротективные средства?

А предотвращение дегенерации нейронов; стабилизация цитоскелета; защиту клеток мозга от окислительного стресса и апоптоза; ослабление депозиции амилоидных образований; предотвращение медиаторного дефицита или дисбаланса нейротрансмиттерных процессов; стимуляция нейрогенеза

Б предотвращение дегенерации нейронов; стабилизация цитоскелета; защита клеток мозга от окислительного стресса и апоптоза; ослабление депозиции амилоидных образований; предотвращение медиаторного дефицита или дисбаланса нейротрансмиттерных процессов; стимуляция нейрогенеза

В предотвращение дегенерации нейронов; защита клеток мозга от окислительного стресса и апоптоза; предотвращение дисбаланса нейротрансмиттерных процессов

Г стимуляция нейрогенеза

62. Наибольшее негативное влияние на когнитивные функции при болезни Паркинсона оказывают

А Амантадин

Б Ингибитор КОМТ

В Агонист дофаминовых рецепторов

Г Холинолитики

63. Наименьшим влиянием на когнитивные функции у пожилых пациентов с болезнью Паркинсона обладают

А Агонисты дофаминовых рецепторов

Б Амантадины

В Холинолитики

Г Препараты леводопы

64. При деменции у пациента с болезнью Паркинсона препаратом выбора является

А Прамипексол

Б Амантадин хлорид

В Леводопа-бенсеразид

Г Пирибедил

65. Для мультисистемной атрофии наиболее характерны:

А Симметричный синдром паркинсонизма, вегетативные нарушения

Б Симметричный синдром паркинсонизма, мозжечковые нарушения

В Симметричный синдром паркинсонизма, мозжечковые нарушения, вегетативные нарушения

Г Когнитивные нарушения, асимметричный синдром паркинсонизма

66. Когнитивные нарушения при прогрессирующем супрануклеарном параличе

А Являются клинически незначимыми

Б Характеризуются амнестическим нейропсихологическим профилем

В Никогда не доходят до степени деменции

Г Характеризуются дисрегуляторным нейропсихологическим профилем

67. При болезни диффузных телец Леви когнитивные нарушения развиваются:

- А В первый год после появления симптомов паркинсонизма
- Б В первый год после симптомов паркинсонизма или предшествуют развитию симптомов паркинсонизма
- В На поздних стадиях заболевания
- Г Всегда предшествуют появлению симптомов паркинсонизма

68. Флуктуации психического статуса характерны для:

- А Болезни Паркинсона
- Б Мультисистемной атрофии
- В Кортикобазальной дегенерации
- Г Болезни диффузных телец Леви

69. Ранние нарушения ходьбы по типу «апраксии ходьбы», симметричный акинетико-ригидный синдром преимущественно нижней части тела, нарастающие когнитивные нарушения, тазовые расстройства характерны для

- А Паркинсонизма при нормотензивной гидроцефалии
- Б Синдрома лекарственного паркинсонизма
- В Атипичного паркинсонизма при мультисистемной атрофии
- Г Атипичного паркинсонизма при кортико-базальной дегенерации

70. Триада Хакима-Адамса является симптомом

- А Паркинсонизма при сообщающейся гидроцефалии
- Б Атипичного паркинсонизма при мультисистемной атрофии
- В Атипичного паркинсонизма при кортико-базальной дегенерации
- Г Постэнцефалитического паркинсонизма

71. Триада Хакима-Адамса включает

- А Нарушение ходьбы, деменция, тазовые расстройства
- Б Синдром паркинсонизма, галлюцинации, постуральные нарушения
- В Апраксия ходьбы, парез взора, деменция
- Г Парез взора, антероколлиз, тазовые нарушения

72. Оценка степени выраженности когнитивных расстройств проводится с помощью следующих методик, кроме

- А шкала MMSE
- Б тест рисования часов
- В батарея лобной дисфункции
- Г шкала Бека

73. Что не относится к диагностическим критериям деменции по МКБ-10

- А нарушения памяти
- Б нарушение других когнитивных функций
- В клиническая значимость выявляемых нарушений
- Г эмоциональные и мотивационные нарушения;
- Д нарушение когнитивных функций определяется на фоне сохранного сознания
- Е длительность симптомов не менее 3 месяцев

74. Что не характерно для сосудистых когнитивных расстройств?

- А непостоянный паттерн когнитивных расстройств

- Б «пятнистость» когнитивного дефицита
- В флюктуация симптомов
- Г постоянный паттерн когнитивных расстройств

75. Для сосудистой деменции не характерно:

- А преобладание нейропсихологических симптомов лобной дисфункции над нарушениями памяти
- Б трудности концентрации внимания
- В нарушение абстрактного мышления,
- Г расстройство социального поведения, персеверации
- Д выраженные нарушения памяти с сохранностью восприятия и внимания

76. В виде чего клинически выражается нормальное старение?

- А снижения бытовой активности
- Б симптомов умеренных когнитивных расстройств
- В симптомов деменции
- Г снижения оперативной памяти

77. Когда развиваются когнитивные нарушения при болезни диффузных телец Леви?

- А через 3 года после появления симптомов паркинсонизма и позже
- Б в первый год после появления симптомов паркинсонизма
- В в первый год после симптомов паркинсонизма или предшествуют развитию симптомов паркинсонизма
- Г на поздних стадиях заболевания

78. Что не является основным направлением терапии сосудистой деменции?

- А коррекция сосудистых факторов риска
- Б назначение антидементных препаратов
- В когнитивный тренинг
- Г отсутствие медикаментозной терапии

79. Что не относится к основным антидементным препаратам?

- А Мемантин
- Б Пирацетам
- В Галантамин
- Г Донепезил

80. Укажите возможный возраст дебюта болезни Альцгеймера?

- А после 40 лет
- Б после 50 лет
- В после 60 лет
- Г после 70 лет

81. Что исключает диагноз болезни Альцгеймера?

- А внезапное начало деменции
- Б очаговая неврологическая симптоматика
- В эпилептические припадки
- Г все перечисленное

82. Препараты каких групп имеют терапевтическое значение для лечения мнестических расстройств?

- А соли лития
- Б антидепрессанты
- В транквилизаторы
- Г ноотропы

83. Эффективность каких препаратов доказана в лечении деменции?

- А ингибиторов холинэстеразы
- Б антидепрессантов
- В транквилизаторов
- Г ноотропов

84. С чем связан механизм действия мемантина?

- А холинергической системой
- Б глутаматергической системой
- В норадренергической системой
- Г серотонинергической системой

85. Что относится к клиническим формам лобно-височной деменции?

- А поведенческий вариант
- Б семантическая деменция
- В первично-прогрессирующая афазия со снижением беглости речи
- Г все перечисленные формы

86. Чего не характерно для первичной прогрессирующей афазии со снижением беглости речи (семантической деменции)?

- А скудной, немногословной речи
- Б «телеграфного» стиля речи
- В нарушения повторения за врачом
- Г отчуждения смысла слов

87. Чего не характерно для первичной прогрессирующей афазии без снижения беглости речи?

- А беглой, но не информативной речи
- Б нарушения номинативной функции речи
- В нарушения повторения за врачом
- Г вербальных парафазий

88. Признаки, нехарактерные для нейродегенеративного заболевания типа "паркинсонизм-плюс", в отличие от болезни Паркинсона:

- 1) ранняя деменция
- 2) вегетативная недостаточность
- 3) парез взора
- 4) мозжечковые нарушения, бульбарный синдром
- 5) гемипарезы, парапарезы**

89. Признаки, нехарактерные для эссенциального тремора, в отличие от болезни Паркинсона:

- 1) постурально-кинетический тремор
- 2) положительный эффект от алкоголя, антиконвульсантов
- 3) симметричный дебют
- 4) положительный эффект леводопы**

90. Признаки, нехарактерные для сосудистого паркинсонизма, в отличие от болезни Паркинсона:

- 1) связь с цереброваскулярной патологией
- 2) нарушение ходьбы, при сохранной "велосипедной пробе" в положении лежа
- 3) преимущественное поражение нижней части тела
- 4) выраженный и стойкий эффект леводопы**
- 5) отсутствие гипокинезии

91. Нейрохимические изменения в подкорковых ядрах при болезни Паркинсона характеризуются:

- 1) уменьшением дофамина**
- 2) увеличением дофамина
- 3) уменьшением ацетилхолина
- 4) увеличением содержания норадреналина
- 5) уменьшением содержания норадреналина

Клинические ситуационные задачи

1. Больной 46 лет военнослужащий поступил в неврологическую клинику с жалобами на пошатывание при ходьбе и преходящее двоение. В последнее время злоупотреблял алкоголем. При поступлении в неврологическом статусе выявляется выраженная мозжечковая атаксия, интенционный тремор, рефлекторный пирамидный синдром с вовлечением надъядерных путей, интеллектуальными и аффективными расстройствами в виде нарушений мышления по лобному типу, предметной и пространственной агнозии, неадекватности поведения, негативизма, аспонтанности. Ликвор нормальный, признаков внутричерепной гипертензии нет. Общий анализ крови, мочи, биохимия крови без патологии. На МРТ головного мозга умеренно выраженная наружная атрофия в лобно-теменно-височных отделах и в полушариях мозжечка, очагов демиелинизации не обнаружено.

Перечень заболеваний для дифференциальной диагностики включает в себя все, кроме:

- а) сосудистой энцефалопатии;
- б) оливопонтocerebellарной дегенерации;
- в) токсической энцефалопатии;
- г) демиелинизирующего процесса;
- д) синдрома Туретта.

2. В последующие 2 недели течение заболевания приняло лавинообразный характер: росли расстройства лобного типа, прогрессировала экстрапирамидная симптоматика, уровень сознания снизился до сопора с отсутствием контроля за тазовыми органами. Больному выполнена ЭЭГ. Выявлена повторяющаяся трифазная и полифазная активность острой формы амплитудой до 200 мкВ, возникающая с частотой 1,5-2 в секунду. Эти изменения патогномоничны для:

- а) височной эпилепсии;
- б) болезни Паркинсона;
- в) болезни Пика;
- г) болезни Крейтцфельда-Якоба;
- д) болезни Альцгеймера.

3. Через 5 месяцев от начала заболевания пациент скончался. Посмертное патоморфологическое исследование выявило спонгиформную энцефалопатию в отсутствие каких-либо воспалительных изменений. Достоверно установлено, что пациент страдал:

- а) оливопонтocerebellарной дегенерацией;
- б) множественной системной атрофией;
- в) прогрессирующим надъядерным параличом;
- г) болезнью Крейтцфельда-Якоба;
- д) болезнью Пика.

4. Каноническими критериями при этом заболевании являются все, кроме:

- а) подострой прогрессирующей деменции;
- б) миоклоний;
- в) типических периодических комплексов на ЭЭГ;
- г) депрессии;
- д) нормального состава ликвора.

5. Достоверно диагноз при этом заболевании устанавливается только при наличии:

- а) прогрессирующей деменции и типичных изменений на ЭЭГ;
- б) прогрессирующей деменции и типичных изменений на ЭЭГ, а также 2 из следующих клинических признаков: миоклоний, зрительных или мозжечковых нарушений, пирамидных или экстрапирамидных нарушений, акинетического мутизма;
- в) прогрессирующей деменции и длительности заболевания 2 года, а также 2 из следующих клинических признаков: миоклоний, зрительных или мозжечковых нарушений, пирамидных или экстрапирамидных нарушений, акинетического мутизма;
- г) ничего из перечисленного.

6. У больного Б. с 27-летнего возраста появились гиперкинезы, в основном хореиформные, которые больной может произвольно задерживать. Отмечает ослабление памяти, внимания. При осмотре: интеллект снижен, деменция. В крови повышен уровень магния, железа. Ваш топический и клинический диагноз?

- а) подкорковые узлы
- б) ревматическая хорея
- в) хорея Гентингтона
- г) болезнь Фридрейха
- д) кора больших полушарий

Варианты ответов:

- 1) б, в, г
- 2) а, в, д
- 3) а, б, д
- 4) а, в, г
- 5) а, б, г

7. Женщина 74-х лет, обратилась к врачу по поводу прогрессирующего снижения памяти на текущие события. Отмечает забывчивость уже в течение нескольких лет, за это время непрерывно нарастает. При беседе – больная в ясном сознании, контактна, несколько растеряна и беспокойна, правильно ориентирована в месте, но ошибается при назывании точной даты. Часто жалуется на плохую память; она не помнит, что куда положила, о чем разговаривала с домашними, с трудом припоминает имена внуков, которые живут отдельно. Иногда испытывает также

затруднения при подборе нужного слова в разговоре, назывании предметов. Нейропсихологическое исследование выявляет выраженные нарушения памяти, умеренные нарушения гнозиса, праксиса и речи. Парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений не выявлено.

Вопросы:

1. Локализация поражения?
2. Предварительный клинический диагноз?
3. Дополнительные исследования?
4. Лечение?

Ответ:

1. Височная доля (гиппокамп) и задние отделы теменной доли доминантного полушария.
2. Болезнь Альцгеймера.
3. МРТ головного мозга.
4. Ингибитор ацетилхолинэстеразы донепезил по 5-10 мг/сут. или ингибитор NMDA-глутаматных рецепторов мемантин по 5-20 мг/сут.

8. Мужчина 59-ти лет в течение последних 15 лет страдает артериальной гипертензией со средним уровнем АД 180-200/110-120 мм рт. ст. Регулярного лечения не получал. В последние годы появились и нарастают по выраженности нарушения памяти и внимания, неразборчивость речи, пошатывание и падения при ходьбе, недержание мочи.

При осмотре: заторможен, самостоятельно жалоб не предъявляет, эмоциональный фон снижен. В неврологическом статусе: рефлексы орального автоматизма, насильственный смех и плач, высокие симметричные сухожильные рефлексы, симптом Бабинского с двух сторон, легкая гипокинезия и повышение мышечного тонуса по пластическому типу в нижних конечностях, походка на широкой базе, шаг укорочен, шарканье, неустойчивость и тенденции к падению при поворотах. Нейропсихологическое исследование выявляет выраженное снижение концентрации внимания, нарушение динамического праксиса при умеренных расстройствах памяти и гнозиса.

Вопросы:

- А. Неврологические синдромы?
- Б. Локализация поражения?
- В. Предварительный клинический диагноз?
- Г. Дополнительные исследования?
- Д. Лечение?

Ответ:

1. Синдромы постуральной неустойчивости, псевдобульбарный, пирамидная недостаточность в нижних конечностях, умеренных когнитивных нарушений.
2. Лобные доли с 2-х сторон и их связи с подкорковыми образованиями.
3. Сосудистая деменция.
4. МРТ головного мозга, дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий.
5. Постоянная гипотензивная терапия, ингибитор ацетилхолинэстеразы донепезил по 5-10 мг/сут. или ингибитор NMDA-глутаматных рецепторов мемантин по 5-20 мг/сут.

9. Мужчина 58 лет жалуется на снижение памяти, сложность выполнения умственной работы, головные боли, нарушения сна. Считает себя больным в

течение последних 6 месяцев после смерти жены. Снижение памяти и головные мешают больному справляться со своими профессиональными обязанностями и общаться с людьми. Головные боли ощущает постоянно, они средней интенсивности, носят сжимающий характер.

При осмотре – подавлен, вял, несколько заторможен. Правильно ориентирован в месте и времени. При исследовании эмоционального статуса выявляются значительное снижение фона настроения. Отчётливых нарушений пракиса, гнозиса и речи не выявляется. Интеллектуальные операции замедленны. Парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений не выявлено.

Вопросы:

1. Предварительный клинический диагноз?
2. Дополнительные исследования?
3. Лечение?

Ответ:

1. Синдром депрессии. Головная боль мышечного напряжения.
2. Консультация психотерапевта.
3. Антидепрессант вальдоксан 25 мг на ночь 3-6 месяцев.

10. У 52-х летней женщины в течение последних 8 месяцев развились прогрессирующая деменция, атактическая походка, повышение глубоких рефлексов, тремор и миоклонические судороги. Речь стала замедленной и неразборчивой, движения рук неловкими. Ни у кого из членов ее семьи не было дегенеративных неврологических заболеваний. При МРТ патологии не выявлено. ЭЭГ-исследование не выявило расстройство фоновой активности с периодическими острыми разрядами, повторяющимися через один интервал.

Из рассказа родственников установлено, что несколько лет тому назад больная лечилась гормонами роста по поводу неустановленного заболевания. Эндокринологическое исследование патологии не выявило.

Больная умерла от тяжелой аспирационной пневмонии. Патоморфологически выявлены признаки губчатой энцефалопатии.

Вопросы:

Определите синдромологический, топический диагнозы, предположительный диагноз. Назовите круг дифференцируемых заболеваний. Обоснуйте диагноз. Укажите путь заражения.

Ответ:

Синдромы – мозжечковая атаксия, пирамидная недостаточность, апраксия, афазия/дизартрия, миоклонии, деменция.

Топический диагноз – поражение коры больших полушарий и мозжечковых связей.

Предположительный диагноз – Болезнь Крейтцфельдта-Якоба. Круг дифференцируемых заболеваний – пресенильная деменция, болезни Альцгеймера и Пика, хорея Гентингтона, гепатоцеребральная дегенерация, миоклонус-эпилепсия, лейкоэнцефалит.

Путь заражения – болезнь Крейтцфельдта-Якоба может быть генетически обусловленной, может иметь спорадический характер или вызываться прионной инфекцией, передающейся пероральным путем через зараженную пищу (мясо крупного рогатого скота) и при ятрогенных воздействиях. В данном случае следует предполагать заражение при применении гормона роста.

Диагностика базируется на выявлении быстро прогрессирующей деменции с дезинтеграцией всех высших корковых функций – корковых нарушений речи, зрения, праксиса, когнитивных нарушений и нарушений поведения, пирамидных и экстрапирамидных нарушений, мозжечковой дисфункции, эпилептических припадков (миоклонус), факте применения гормона роста. Определенный диагноз болезни Крейтцфельда-Якоба устанавливается после патоморфологического исследования.

11. Женщина 53 лет жалуется на прогрессирующее ухудшение памяти на текущие события, нарушение ориентировки на местности, трудности при подборе нужного слова в разговоре. Указанные расстройства появились исподволь около 3-4 лет тому назад и непрерывно нарастают. Больная была вынуждена оставить свою работу, сейчас испытывает значительные затруднения в быту при самообслуживании: в частности, нужна посторонняя помощь при одевании. Анамнез жизни - без особенностей, в семейном анамнезе обращает на себя внимания повышенная забывчивость у отца больной, которая, однако, возникла в возрасте 70 лет. Больная в ясном сознании, но дезориентирована в месте и времени. Нейропсихологическое исследование выявляет грубые нарушения памяти, праксиса, гнозиса и речи. Парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений не выявлено.

А. Локализация поражения?

Б. Предварительный клинический диагноз?

В. Дополнительные исследования?

Г. Лечение?

12. Мужчина 68 лет в течение последних 20 лет страдает гипертонической болезнью и атеросклерозом церебральных артерий, на фоне которых перенес несколько ишемических инсультов с относительно хорошим восстановлением неврологического дефицита. В течение последних двух лет появились и нарастают снижение памяти и внимания, а также нарушение походки. При осмотре: больной в ясном сознании, правильно ориентирован в месте и времени, эмоциональный фон снижен. В неврологическом статусе: дизартрия, дисфония, оживление глоточных рефлексов, положительные симптомы орального автоматизма, в левых конечностях снижение мышечной силы до 4-х баллов с повышением сухожильные рефлексов и симптомом Бабинского. Походка: на широкой базе, шаг укорочен, шарканье, неустойчивость и тенденции к падению при поворотах. Нейропсихологическое исследование выявляет выраженное снижение концентрации внимания, нарушение динамического праксиса при умеренных расстройствах памяти и гнозиса.

А. Неврологические синдромы?

Б. Локализация поражения?

В. Предварительный клинический диагноз?

Г. Дополнительные исследования?

Д. Лечение?

13. Женщина 65 лет в течение последних 20 лет страдает гипертонической болезнью, атеросклерозом церебральных артерий, ишемической болезнью сердца. В последние 5 лет появились и нарастают нарушения речи и походки. При осмотре: больная в ясном сознании, контактна, правильно ориентирована в месте и времени, жалуется на снижение памяти. В неврологическом статусе: неразборчивость речи; понимание обращенной речи сохранено, положительные рефлекс орального автоматизма, насильственный плач, сухожильные рефлекс повышены, мышечный тонус повышен по пластическому типу, преимущественно в ногах, симптом Бабинского с обеих сторон. Походка: трудности начала ходьбы, шаг укорочен, неустойчивость и тенденция к падению при поворотах. Нейропсихологическое исследование выявляет выраженное снижение концентрации внимания, нарушение динамического праксиса при умеренных расстройствах памяти и гнозиса.

А. Неврологические синдромы?

Б. Локализация поражения?

В. Предварительный клинический диагноз?

Г. Дополнительные исследования?

Д. Лечение?

14. Женщина 73 лет жалуется на повышенную забывчивость, утомляемость, общую слабость. Считает себя больной в течение последних двух лет, забывчивость носит прогрессирующий характер. Три года назад перенесла операцию на щитовидной железе по поводу тиреотоксической аденомы. Семейный анамнез неврологическими и психическими заболеваниями не отягощен. При обследовании: больная вялая, заторможена, эмоциональный фон снижен, отёчность лица и конечностей, при пальпации отёчные ткани плотные, температура – 36,2°C, артериальное давление – 90/60 мм рт. ст., пульс – 56 ударов в минуту. При нейропсихологическом обследовании: нарушения памяти, снижение концентрации внимания, значительная замедленность мышления. Парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений не выявлено.

А. Предварительный клинический диагноз?

Б. Дополнительные исследования?

В. Лечение?

15. Мужчина 45 лет обратился с жалобами на повышенную забывчивость и непроизвольные подергивания в лице и конечностях. Данные симптомы появились около года назад и со временем нарастают по выраженности. Аналогичные явления отмечались у отца пациента, однако, в несколько более позднем возрасте (после 50

лет). Анамнез жизни - без особенностей. При обследовании: больной в ясном сознании, правильно ориентирован в месте и времени. Нейропсихологическое исследование выявляет снижение памяти и интеллекта. В неврологическом статусе: произвольные, быстрые, хаотические неритмичные движения в конечностях и мышцах лица, парезов нет, сухожильные рефлексы живые симметричные, патологических знаков нет, мышечный тонус несколько снижен, чувствительность, координация и тазовые функции не нарушены.

А. Предварительный клинический диагноз?

Б. Дополнительные исследования?

В. Прогноз заболевания?

16. Женщина 73 лет в течение 10 лет страдает гипертонической болезнью, атеросклерозом церебральных артерий, ишемической болезнью сердца. Пять лет назад перенесла ишемический инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии с развитием слабости в правых конечностях и хорошим восстановлением неврологического дефицита. После инсульта стала отмечать снижение памяти, повышенную утомляемость, трудность выполнения умственной работы. В последние два года нарушения памяти нарастают и приводят к затруднениям при общении с другими людьми, элементарном самообслуживании. При обследовании: больная в ясном сознании, несколько растеряна, плохо ориентирована в месте и времени. Нейропсихологическое исследование выявляет выраженные нарушения памяти, пространственную апраксию и агнозию, симптомы амнестической афазии. В неврологическом статусе: снижение мышечной силы в правой руке до 4-х баллов, легкое снижение болевой чувствительности в ней, оживление сухожильных рефлексов справа, симптом Тремнера справа.

А. Неврологические синдромы?

Б. Локализация поражения?

В. Предварительный клинический диагноз?

Г. Дополнительные исследования?

Д. Лечение?

17. Мужчина 60 лет консультируется по настоянию родственников. По их словам, в течение последнего года появлялись и заметно нарастают поведенческие нарушения в виде апатии, утраты интереса к окружающему, снижения критики к своему поведению. Из-за данных нарушений перестал справляться со своими профессиональными обязанностями, и вынужден был уйти на пенсию. В течение последнего месяца отмечались также два эпизода недержания мочи. При обследовании: больной в ясном сознании, вял, безучастен к происходящему, активных жалоб не предъявляет. Нейропсихологическое исследование выявляет грубое снижение интеллекта, динамического праксиса, импульсивность при

принятии решений и персеверации. Парезов, расстройств чувствительности и других неврологических нарушений не выявлено.

- А. Локализация поражения?
- Б. Предварительный клинический диагноз?
- В. Дополнительные исследования?
- Г. Лечение?

12. Литература

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ОСНОВНАЯ ЛИТЕРАТУРА:

1. Неврология [Электронный ресурс] в 2-х томах. Гусева Е.И., Коновалова А.Н., Скворцова В.И. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2018. – Доступ из ЭБС «Консультант врача».
2. Нервные болезни: учебник / В.А. Парфенов- М.: МИА, 2018. – 494 с. – 5 экз.
3. Скоромец А.А. Лекарственная терапия неврологических больных (для врачей и аспирантов). - Москва: МИА, 2017. 5 экз.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА:

1. Диагностика и лечение наследственных заболеваний нервной системы у детей : рук. для врачей / Под ред. В.П. Зыкова. – М. : "Триада-Х", 2008. – 224 с.
2. Мутовин Г.Р. Клиническая генетика. Геномика и протеомика наследственной патологии : учеб. пособие : [рек. УМО] / Г.Р. Мутовин. - изд. 3-е, перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 832 с.
3. Наследственные болезни : национальное рук. / под ред. Н.П. Бочкова, Е.К. Гинтера, В.П. Пузырева ; Ассоциация медицинских обществ по качеству. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 935 с.
4. Ньюсбаум Р.Л. Медицинская генетика : учебное пособие : 397 нагляд. ил., схем и табл., 43 клин. случая / Р.Л. Ньюсбаум, Р.Р. Мак-Иннес, Х.Ф. Виллард ; пер. с англ. под ред. Н.П. Бочкова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 624 с.
5. Клинико-генетические аспекты врожденной и наследственной патологии у населения Ростовской области : коллективная монография / под ред. Р.А. Зинченко, А.А. Сависько, С.С. Амелиной. - Р/на/Д : изд-во РостГМУ, 2010. - 519 с.

	ЭЛЕКТОРОННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ РЕСУРСЫ	Доступ к ресурсу
1.	Электронная библиотека РостГМУ. – URL: http://109.195.230.156:9080/opacg/	Доступ неограничен
2.	Консультант студента : ЭБС. – Москва : ООО «ИПУЗ». - URL: http://www.studmedlib.ru	Доступ неограничен
3.	Консультант врача. Электронная медицинская библиотека : ЭБС. – Москва : ООО ГК «ГЭОТАР». - URL: http://www.rosmedlib.ru	Доступ неограничен
4.	UpToDate : БД / Wolters Kluwer Health. – URL: www.uptodate.com	Доступ неограничен
5.	Консультант Плюс : справочная правовая система. - URL: http://www.consultant.ru	Доступ с компьютеров университета
6.	Научная электронная библиотека eLIBRARY. - URL: http://elibrary.ru	Открытый доступ
7.	Национальная электронная библиотека. - URL: http://нэб.рф/	Доступ с компьютеров библиотеки
8.	Scopus / Elsevier Inc., Reed Elsevier. – Philadelphia: Elsevier B.V., PA. – URL:	Доступ неограничен

	http://www.scopus.com/ (Нацпроект)	
9.	Web of Science / Clarivate Analytics. - URL: http://apps.webofknowledge.com (Нацпроект)	Доступ неограничен
10.	MEDLINE Complete EBSCO / EBSCO. – URL: http://search.ebscohost.com (Нацпроект)	Доступ неограничен
11.	ScienceDirect. Freedom Collection / Elsevier. – URL: www.sciencedirect.com по IP-адресам РостГМУ. (Нацпроект)	Доступ неограничен
12.	БД издательства Springer Nature . - URL: http://link.springer.com/ по IP-адресам РостГМУ. (Нацпроект)	Доступ неограничен
13.	Wiley Online Library / John Wiley & Sons. - URL: http://onlinelibrary.wiley.com по IP-адресам РостГМУ. (Нацпроект)	Доступ с компьютеров университета
14.	Единое окно доступа к информационным ресурсам . - URL: http://window.edu.ru/	Открытый доступ
15.	Российское образование. Федеральный образовательный портал . - URL: http://www.edu.ru/index.php	Открытый доступ
16.	ENVOC.RU English vocabulary : образовательный сайт для изучающих англ. яз. - URL: http://envoc.ru	Открытый доступ
17.	Словари онлайн . - URL: http://dic.academic.ru/	Открытый доступ
18.	WordReference.com : онлайн-словари языков. - URL: http://www.wordreference.com/enru/	Открытый доступ
19.	История.РФ . - URL: https://histrf.ru/	Открытый доступ
20.	Юридическая Россия : федеральный правовой портал. - URL: http://www.law.edu.ru/	Открытый доступ
21.	Официальный интернет-портал правовой информации . - URL: http://pravo.gov.ru/	Открытый доступ
22.	Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России . - URL: http://www.femb.ru/feml/ , http://feml.scsml.rssi.ru	Открытый доступ
23.	Medline (PubMed, USA) . – URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/	Открытый доступ
24.	Free Medical Journals . - URL: http://freemedicaljournals.com	Открытый доступ
25.	Free Medical Books . - URL: http://www.freebooks4doctors.com/	Открытый доступ
26.	International Scientific Publications . – URL: https://www.scientific-publications.net/ru/	Открытый доступ
27.	КиберЛенинка : науч. электрон. биб-ка. - URL: http://cyberleninka.ru/	Открытый доступ
28.	Архив научных журналов / НЭИКОН. - URL: https://archive.neicon.ru/xmlui/	Открытый доступ
29.	Журналы открытого доступа на русском языке / платформа EIPub НЭИКОН. – URL: https://elpub.ru/	Открытый доступ
30.	Медицинский Вестник Юга России . - URL: https://www.medicalherald.ru/jour или с сайта РостГМУ	Открытый доступ
31.	Всемирная организация здравоохранения . - URL: http://who.int/ru/	Открытый доступ
32.	Evrika.ru информационно-образовательный портал для врачей. – URL: https://www.evrika.ru/	Открытый доступ
33.	Med-Edu.ru : медицинский видеопортал. - URL: http://www.med-edu.ru/	Открытый доступ
	Univadis.ru : международ. мед. портал. - URL: http://www.univadis.ru/	Открытый

34.		доступ
35.	DoctorSPB.ru: информ.-справ. портал о медицине. - URL: http://doctorspb.ru/	Открытый доступ
36.	Современные проблемы науки и образования : электрон. журнал. - URL: http://www.science-education.ru/ru/issue/index	Открытый доступ
37.	Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России. - URL: http://cr.rosminzdrav.ru/#!/	Открытый доступ
38.	Образование на русском : портал / Гос. ин-т русс. яз. им. А.С. Пушкина. - URL: https://pushkininstitute.ru/	
	Другие открытые ресурсы вы можете найти по адресу: http://rostgmu.ru →Библиотека→Электронный каталог→Открытые ресурсы интернет→далее по ключевому слову...	Открытый доступ