

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕ-
ЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра неврологии, восстановительной медицины с курсом остеопатии

УТВЕРЖДАЮ
Руководитель
образовательной программы
д.м.н. проф. В.А. Солдаткин

«18» июня 2024г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

«Неврология»

**основной образовательной программы высшего образования -
программы ординатуры**

Специальность
31.08.20 Психиатрия

Направленность (профиль) программы **Неврология**

Блок 1
Вариативная часть (Б1.В.ДВ.01.01)

Уровень высшего образования
подготовка кадров высшей квалификации

Форма обучения очная

Ростов-на-Дону
2024г.

Рабочая программа дисциплины (модуля) «Неврология» разработана преподавателями кафедры «Неврологии, восстановительной медицины с курсом остеопатии» в соответствии с требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (ФГОС ВО) по специальности **31.08.20 Психиатрия**, утвержденного приказом Минобрнауки России №981 от 16.10.2023 и профессионального стандарта № 1062 от 25 августа 2014 г. приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации.

Рабочая программа дисциплины (модуля) составлена:

№	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность, кафедра
1	Черникова Ирина Владимировна	к.м.н., доцент	Заведующая кафедры
2	Балязина Елена Викторовна	д.м.н., профессор	Профессор кафедры
3	Сорокин Юрий Николаевич	д.м.н., доцент	Профессор кафедры
4	Сафонова Ирина Александровна	к.м.н., доцент	Доцент кафедры

Рабочая программа дисциплины (модуля) обсуждена и одобрена на заседании кафедры Неврологии, восстановительной медицины с курсом остеопатии

1. Цель изучения дисциплины (модуля)

Дать обучающимся углубленные знания в области неврология и выработать навыки **Цели освоения дисциплины:** подготовка квалифицированного врача-психиатра, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в условиях первичной специализированной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи

Задачи:

1. Обеспечить освоение необходимого объема базовых, фундаментальных медицинских знаний в области неврологии, формирующих профессиональные компетенции врача-психиатра, способного успешно решать свои профессиональные задачи.

2. Сформировать и совершенствовать профессиональную подготовку врача-психиатра, обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующегося в сложной патологии, имеющего углубленные знания смежных дисциплин – в области неврологии.

3. Сформировать умения в освоении новейших технологий и методик в сфере оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями нервной системы.

4. Сформировать способности врача-психиатра к самостоятельной лечебно-диагностической деятельности в области неврологии, умеющего провести дифференциально-диагностический поиск, оказать в полном объеме медицинскую помощь, в том числе при urgentных состояниях, провести профилактические и реабилитационные мероприятия по сохранению жизни и здоровья пациентов различных возрастных групп, способного оказывать паллиативную медицинскую помощь пациентам с заболеваниями нервной системы.

5. Сформировать умения и навыки выполнения диагностических и лечебных манипуляций и общеврачебных манипуляций по оказанию скорой и неотложной помощи пациентам с заболеваниями нервной системы.

6. Сформировать и совершенствовать систему общих и специальных знаний, умений, позволяющих врачу-психиатру ориентироваться в вопросах медицинских экспертиз, организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи в области неврологии.

2. Место дисциплины (модуля) в структуре ООП

Рабочая программа дисциплины (модуля) «Неврология» относится к Блоку 1 программы ординатуры и является обязательной для освоения обучающимися. Изучение дисциплины направлено на формирование компетенций, обеспечивающих выполнение основных видов деятельности врача.

3. Требования к результатам освоения дисциплины (модуля)

Процесс изучения дисциплины (модуля) направлен на формирование следующих

компетенций в соответствии с ФГОС ВО и ООП ВО по данной специальности:

Таблица 1

Код и наименование компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю), соответствующие с индикаторами достижения компетенции	
ОПК-4: способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов.	Знать	<p>Основные вопросы общей психопатологии:</p> <ul style="list-style-type: none"> - нарушения восприятия - расстройство мышления - нарушения сознания - нарушения памяти - эмоциональные расстройства - расстройства влечения - интеллектуально-мнестические нарушения - нарушения критики - волевые нарушения - симптомы психические негативные - симптомы психические позитивные (продуктивные) <p>Характерные особенности результатов ниже приведенных исследований с учетом состояния или заболевания пациента:</p> <ul style="list-style-type: none"> - электроэнцефалографического, реоэнцефалографического и ультразвукового обследования сосудов головы - методов исследования, в том числе рентгенографии черепа, компьютерной томографии и магниторезонансной томографии - основных показателей лабораторных исследований (клинический анализ крови, клинический анализ мочи, биохимический анализ крови) - дополнительных лабораторных показателей <p>Методы диагностического тестирования с помощью психометрических клинических шкал для разных возрастных периодов</p> <p>Базовые основы общей медицины и оценка соматического и неврологического состояния пациента</p> <p>Клиническая картина состояний, требующих направления пациента к врачам-специалистам</p> <p>Медицинские показания к использованию современных методов нейрофизиологической, инструментальной и лабораторной диагностики заболеваний у пациента</p>
	Уметь	<p>Собирать клиничко-анамнестические данные с целью выявления психических расстройств и расстройств поведения:</p> <ul style="list-style-type: none"> - получать достоверную информацию о наличии психического расстройства и расстройства поведения: - анализировать и интерпретировать информацию, полученную путем первичного осмотра пациента; - анализировать и интерпретировать информацию, полученную от пациента, его родственников (законных представителей) и других лиц; - анализировать и интерпретировать информацию, полученную из медицинской документации <p>Проводить клиническое психопатологическое</p>

		<p>обследование пациента:</p> <ul style="list-style-type: none"> - проводить клиническое психопатологическое интервью - интерпретировать результаты клинического психопатологического обследования пациента - выявлять диагностические признаки, анализировать обобщать полученные клинические данные на основе биопсихосоциального подхода - проводить диагностическое тестирование с помощью психометрических клинических и скрининговых шкал - интерпретировать результаты патопсихологических тестов и методик - осуществлять диагностику психических расстройств соответствии с действующей МКБ - определять нозологическую принадлежность выявленных психических расстройств и расстройств поведения - описывать психическое состояние проводить основные диагностические мероприятия при психических расстройствах и расстройствах поведения, давать диагностическую квалификацию психопатологическим симптомам, синдромам и расстройствам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
	Владеть	<p>Сбор субъективного анамнеза и жалоб со слов пациента. Сбор клинико-анамнестических данных с целью выявления психических расстройств и расстройств поведения:</p> <ul style="list-style-type: none"> - получение достоверной информации о наличии психического расстройства и расстройства поведения: - анализ и интерпретация информации, полученной путем первичного осмотра пациента; - анализ и интерпретация информации, полученной от пациента, его родственников (законных представителей) и других лиц; - анализ и интерпретация информации, полученной из медицинской документации <p>Проведение психопатологического обследования на основании опроса пациента и изучения медицинской документации</p> <p>Тестологическое психодиагностическое обследование с использованием психодиагностических шкал</p> <p>Первичный осмотр пациента, описание психического состояния, диагностическая квалификация психопатологических синдромов, психических расстройств и расстройств</p>

		<p>поведения</p> <p>Проведение неврологического и физикального обследования в соответствии с действующими порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p>
<p>ОПК-5: способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность.</p>	<p>Знать</p>	<p>Клинические рекомендации по диагностике и терапии психических расстройств и расстройств поведения</p> <p>Стандарты медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения</p> <p>Зарегистрированные и разрешенные к применению на территории Российской Федерации психолептики, психоаналептики,</p> <p>лекарственные препараты, влияющие на парасимпатическую нервную систему, а также другие лекарственные препараты, используемые в психиатрической практике</p> <p>Принципы лечения и профилактики (вторичной и третичной) психических расстройств и расстройств поведения с учетом</p> <p>возраста пациента</p> <p>Механизм действия основных групп психотропных препаратов, медицинские показания и противопоказания к их применению, осложнения, вызванные их применением</p>
	<p>Уметь</p>	<p>Оказывать психиатрическую помощь в чрезвычайных ситуациях на местах, в том числе в составе консультативной выездной бригады психолого-психиатрической помощи</p> <p>Оказывать скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь пациенту с психическими расстройствами и расстройствами поведения при работе в составе специализированной психиатрической выездной бригады скорой медицинской помощи</p> <p>Назначать лечение с учетом</p> <p>клинической картины психического расстройства и расстройства поведения и в соответствии с действующими клиническими</p> <p>рекомендациями и стандартами оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, используя:</p> <ul style="list-style-type: none"> - психолептики - психоаналептики - лекарственные препараты, влияющие на парасимпатическую нервную систему <p>Назначать немедикаментозное лечение с учетом клинической картины психического расстройства и расстройства поведения и в соответствии с действующими клиническими рекомендациями</p> <p>и стандартами оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения</p>
	<p>Владеть</p>	<p>Разработка плана лечения пациента с учетом клинической картины заболевания, возраста и пола, в соответствии с действующими клиническими рекомендациями и стандартами оказания медицинской помощи при психических</p>

		<p>расстройствах и расстройствах поведения</p> <p>Применение лекарственных препаратов с учетом клинической картины заболевания, с учетом возраста и пола пациента, в соответствии с действующими клиническими рекомендациями и стандартами оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения.</p> <p>Применение методов немедикаментозной терапии психических расстройств и расстройств поведения в соответствии с действующими клиническими рекомендациями и стандартами оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения</p> <p>Определение объема и последовательности лечебных мероприятий при внезапных острых или обострении хронических психических расстройств и расстройств поведения, представляющих угрозу жизни пациента или окружающих</p> <p>Оказание психиатрической помощи в неотложной форме, при внезапных острых или обострении хронических психических расстройств и расстройств поведения, в соответствии с действующими клиническими рекомендациями и стандартами оказания медицинской помощи</p> <p>Оказание помощи при чрезвычайных ситуациях в соответствии с действующими клиническими рекомендациями и стандартами оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения</p> <p>Оказание скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациенту с психическими расстройствами</p>
--	--	---

4. Объем дисциплины (модуля) по видам учебной работы

Таблица 2

Виды учебной работы		Всего, час.	Объем по семестрам			
			1	2	3	4
Контактная работа обучающегося с преподавателем по видам учебных занятий (Контакт. раб.):		18	18	-	-	-
Лекционное занятие (Л)		6	6	-	-	-
Семинарское занятие (СЗ)		12	12	-	-	-
Практическое занятие (ПЗ)		-	-			
Самостоятельная работа обучающегося, в том числе подготовка к промежуточной аттестации (СР)		18	18	-	-	-
Вид промежуточной аттестации: Зачет (З), Зачет с оценкой (ЗО), Экзамен (Э)		2	30	-	-	-
Общий объем	в часах	36	36	-	-	-
	в зачетных единицах	1	1	-	-	-

5. Содержание дисциплины (модуля)

Таблица 3

№ раздела	Наименование разделов, тем дисциплин (модулей)	Код индикатора
1	Неврология	ОПК-4, ОПК-5
1.1	Высшие мозговые функции по Лурия и синдромы их расстройств. УКР и деменция	ОПК-4, ОПК-5
1.2	Синдромы нарушения сознания. Комы. Дифф. диагностика	ОПК-4, ОПК-5
1.3	Опухоли головного мозга	ОПК-4, ОПК-5
1.4	Дегенеративные заболевания головного мозга с синдромом деменции	ОПК-4, ОПК-5

6. Учебно-тематический план дисциплины (модуля)

Таблица 4

№ раздела	Наименование раздела	Количество часов				
		Всего	Контактная работа		СРС	Контроль
			Л	СЗ		
1	Неврология	34	6	12	18	зачет
1.1	Высшие мозговые функции по Лурия и синдромы их расстройств. УКР и деменция	10		4	6	
1.2	Синдромы нарушения сознания. Комы. Дифф. диагностика	8	2	2	4	
1.3	Опухоли головного мозга	8	2	2	4	
1.4	Дегенеративные заболевания головного мозга с синдромом деменции	8	2	2	4	
	Форма промежуточной аттестации (зачёт)	2		2		зачет
	Итого:	36	6	12	18	

7. Учебно-методическое обеспечение самостоятельной работы обучающихся

Цель самостоятельной работы обучающихся заключается в глубоком, полном усвоении учебного материала и в развитии навыков самообразования. Самостоятельная работа включает: работу с текстами, основной и дополнительной литературой, учебно-методическими пособиями, нормативными материалами, в том числе материалами Интернета, а также проработка конспектов лекций, написание докладов, рефератов, участие в работе семинаров, научных конференциях.

Обучающиеся, в течение всего периода обучения, обеспечиваются доступом к автоматизированной системе «Ординатура и Магистратура (дистанционное обучение) Ростовского государственного медицинского университета» (АС ОМДО РостГМУ) <https://omdo.rostgmu.ru/>. и к электронной информационно-образовательной среде.

Самостоятельная работа в АС ОМДО РостГМУ представляет собой доступ к электронным образовательным ресурсам в соответствии с формой обучения (лекции, методические рекомендации, тестовые задания, задачи, вопросы для самостоятельного контроля и изучения, интернет-ссылки, нормативные документы и т.д.) по соответствующей дисциплине. Обучающиеся могут выполнить контроль знаний с помощью решения тестов и ситуационных задач, с последующей проверкой преподавателем, или выполнить контроль самостоятельно.

Задания для самостоятельной работы

Таблица 5

№ раздела	Вид самостоятельной работы обучающихся	Ко л-во часов	Формы текущего контроля	Код компетенции
1.1	Лимбическая система мозга. Синдромы поражения	6	опрос	ОПК-4, ОПК-5
1.2	Синдромы нарушения сознания. Комы. Дифф. диагностика	4	опрос	ОПК-4, ОПК-5
1.3	Типы клинической манифестации опухолей головного мозга (эпилептический, бластоматозный, сосудистый, воспалительный). Дифференциальный диагноз с острыми нарушениями мозгового кровообращения, энцефалитами	4	опрос	ОПК-4, ОПК-5
1.4	Дегенеративные заболевания головного мозга с синдромом деменции. Мультисистемные атрофии головного мозга. Критерии диагностики	4	опрос	ОПК-4, ОПК-5
Всего:		18		

Контроль самостоятельной работы осуществляется на семинарских/ практических занятиях.

8. Оценочные материалы для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся

Оценочные материалы, включая оценочные задания для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю) представлены в Приложении Оценочные материалы по дисциплине (мо-

дуля).

9. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины (модуля)

Таблица 6

№ п/п	Автор, наименование, место издания, издательство, год издания	Количество экземпляров
Основная литература		
1	1. Неврология [Электронный ресурс] в 2-х томах. / под ред. Гусева Е.И., Коновалова А.Н., Скворцовой В.И. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2018. – Доступ из ЭБС Консультант врача».–текст: электронный. 11, ЭР.с. 7 экз.	
2	Нервные болезни: учеб. пособие для системы послевуз. образов. врачей / А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А. Скоромец.- 8-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 554	
3	3. Нервные болезни: учебник / В.А. Парфенов – Москва: МИА, 2018. – 494 с. 5 экз.	
Дополнительная литература		
1	Лекарственная терапия неврологических больных: для врачей и аспирантов / А.А. Скоромец - Москва: МИА, 2017. - 273 с. 5 экз.	
2	Неврология. Том 1: Национальное руководство / под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 877 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача». – текст: электронный. 2, ЭР.	
3	Балязин-Парфенов И.В. Избранные вопросы неврологии, медицинской генетики: учебное пособие для студентов медицинских Вузов / И.В. Балязин-Парфенов, В.А. Балязин, Н.С. Ковалева; Рост. Гос. Мед. Ун-т, каф. Нерв. Болезней и нейрохирургии. – Новочеркасск: Лик, 2020. – 222 с. 70 экз.	
4	Неврология. Стандарты медицинской помощи. Критерии оценки качества. Фармакологический справочник: для врачей / сост. А.И. Муртазин. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 816 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача». – текст: электронный. 2, ЭР.	
5	Скоромец А.А. Атлас клинической неврологии: пособие для врачей, студентов, интернов и клинических ординаторов / А.А. Скоромец, А.П. Скоромец, Т.А. Скоромец. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: МИА, 2020. – 432 с. 2 экз.	
6	Тактика врача-невролога: практическое руководство: для врачей, ординаторов и студентов медицинских вузов / под	

	ред. М.А. Пирадова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 206 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача». – текст: электронный. 5, ЭР.	
7	Гудфеллоу Дж. Обследование неврологического больного = Pocket tutor neurological examination: Руководство: для врачей и студентов медицинских вузов / Д.А. Гудфеллоу; пер. С англ. Под ред. В.В. Захарова. – 2-изд. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 223, [1] с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача». – текст: электронный. 2, ЭР.	
8	Атлас МРТ- и МСКТ-изображений нейрохирургической патологии головного мозга и позвоночника: учебное наглядное пособие: для врачей и студентов медицинских вузов / П.Г. Шнякин, А.В. Протопопов, И.С. Усатова [и др.]. – Красноярск: Версо, 2021. - 255 с. 1 экз.	
9	Справочник по формулированию клинического диагноза болезней нервной системы: для врачей и студентов медицинских вузов / под ред. О.С. Левина, В.Н. Штока. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва: МИА, 2019. – 520 с. 10 экз.	
10	Синельников Р.Д. Атлас анатомии человека. В 3 томах. Том 3. Учение о нервной системе и органах чувств: учебное пособие: для студентов медицинских вузов / Р.Д. Синельников, Я.Р. Синельников, А.Я. Синельников; под общ. ред. А.Г. Цыбулькина. – 7-е изд., перераб. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 315 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача». – текст: электронный. 15, ЭР.	

Перечень ресурсов сети «Интернет»

Таблица 7

	ЭЛЕКТРОННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ РЕСУРСЫ	Доступ к ресурсу
1	Электронная библиотека РостГМУ. – URL: http://109.195.230.156:9080/opacg/	Доступ неограничен
2	Консультант врача. Электронная медицинская библиотека : Электронная библиотечная система. – Москва : ООО «Высшая школа организации и управления здравоохранением. Комплексный медицинский консалтинг». - URL: http://www.rosmedlib.ru + возможности для инклюзивного образования	Доступ неограничен
3	Научная электронная библиотека eLIBRARY. - URL: http://elibrary.ru	Открытый доступ
4	Национальная электронная библиотека. - URL: http://нэб.рф/	Доступ с компьютеров библиотеки
5	Wiley : офиц. сайт; раздел «Open Access» / John Wiley & Sons. – URL: https://authorservices.wiley.com/open-research/open-access/browse-journals.html	Контент открытого доступа
6	Российское образование. Единое окно доступа : федеральный портал. - URL: http://www.edu.ru/ . – Новая образовательная среда.	Открытый доступ

7	Федеральный центр электронных образовательных ресурсов. - URL: http://srtv.fcior.edu.ru/	Открытый доступ
8	Электронная библиотека Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ). - URL: http://www.rfbr.ru/rffi/ru/library	Открытый доступ
9	Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России. - URL: https://femb.ru/femb/	Открытый доступ
10	Cochrane Library : офиц. сайт ; раздел «Open Access». - URL: https://cochranelibrary.com/about/open-access	Контент открытого доступа
11	Кокрейн Россия: российское отделение Кокрановского сотрудничества / РМАНПО. – URL: https://russia.cochrane.org/	Контент открытого доступа
12	Вебмединфо.ру : сайт [открытый информационно-образовательный медицинский ресурс]. – Москва. - URL: https://webmedinfo.ru/	Открытый доступ
13	Univadis from Medscape : междунаро. мед. портал. - URL: https://www.univadis.com/ [Регулярно обновляемая база уникальных информационных и образовательных медицинских ресурсов].	Бесплатная регистрация
14	Med-Edu.ru : медицинский образовательный видеопортал. - URL: http://www.med-edu.ru/ . Бесплатная регистрация.	Открытый доступ
15	Мир врача : профессиональный портал [информационный ресурс для врачей и студентов]. - URL: https://mirvracha.ru	Бесплатная регистрация
16	DoctorSPB.ru : информ.-справ. портал о медицине [для студентов и врачей]. - URL: http://doctorspb.ru/	Открытый доступ
17	МЕДВЕСТНИК : портал российского врача [библиотека, база знаний]. - URL: https://medvestnik.ru	Открытый доступ
18	PubMed : электронная поисковая система [по биомедицинским исследованиям Национального центра биотехнологической информации (NCBI, США)]. - URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/	Открытый доступ
19	Cyberleninka Open Science Hub : открытая научная электронная библиотека публикаций на иностранных языках. – URL: https://cyberleninka.org/	Контент открытого доступа
20	Научное наследие России : электронная библиотека / МСЦ РАН. - URL: http://www.e-heritage.ru/	Открытый доступ
21	SAGE Openaccess : ресурсы открытого доступа / Sage Publications. – URL: https://uk.sagepub.com/en-gb/eur/open-access-at-sage	Контент открытого доступа
22	EBSCO & Open Access : ресурсы открытого доступа. – URL: https://www.ebsco.com/open-access	Контент открытого доступа
23	Lvrach.ru : мед. науч.-практич. портал [крупнейший проф. ресурс для врачей и мед. сообщества, созданный на базе науч.-практич. журнала «Лечащий врач»]. - URL: https://www.lvrach.ru/	Открытый доступ
24	ScienceDirect : офиц. сайт; раздел «Open Access» / Elsevier. - URL: https://www.elsevier.com/open-access/open-access-journals	Контент открытого доступа
25	Taylor & Francis. Dove Medical Press. Open access journals : журналы открытого доступа. – URL: https://www.tandfonline.com/openaccess/dove	Контент открытого доступа
26	Taylor & Francis. Open access books : книги открытого доступа. – URL: https://www.routledge.com/our-products/open-access-books/taylor-francis-oa-books	Контент открытого доступа
27	Thieme. Open access journals : журналы открытого доступа / Thieme Medical Publishing Group . – URL: https://open.thieme.com/home	Контент открытого доступа
28	Karger Open Access : журналы открытого доступа / S. Karger AG.	Контент открытого доступа

8	– URL: https://www.karger.com/OpenAccess/AllJournals/Index	того доступа
2 9	Архив научных журналов / НП НЭИКОН. - URL: https://arch.neicon.ru/xmlui/	Открытый доступ
3 0	Русский врач : сайт [новости для врачей и архив мед. журналов] / ИД «Русский врач». - URL: https://rusvrach.ru/	Открытый доступ
3 1	Directory of Open Access Journals : [полнотекстовые журналы 121 стран мира, в т.ч. по медицине, биологии, химии]. - URL: http://www.doaj.org/	Открытый доступ
3 2	Free Medical Journals . - URL: http://freemedicaljournals.com	Открытый доступ
3 3	Free Medical Books . - URL: http://www.freebooks4doctors.com	Открытый доступ
3 4	International Scientific Publications . – URL: http://www.scientific-publications.net/ru/	Открытый доступ
3 5	Эко-Вектор : портал научных журналов / IT-платформа российской ГК «ЭКО-Вектор». - URL: http://journals.eco-vector.com/	Открытый доступ
3 6	Медицинский Вестник Юга России : электрон. журнал / РостГМУ. - URL: http://www.medicalherald.ru/jour	Открытый доступ
3 7	Южно-Российский журнал терапевтической практики / РостГМУ. – URL: http://www.therapeutic-j.ru/jour/index	Открытый доступ
3 8	Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России. - URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/	Открытый доступ
3 9	ФБУЗ «Информационно-методический центр» Роспотребнадзора : офиц. сайт. – URL: https://www.crc.ru	Открытый доступ
4 0	Министерство здравоохранения Российской Федерации : офиц. сайт. - URL: https://minzdrav.gov.ru	Открытый доступ
4 1	Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения : офиц. сайт. - URL: https://roszdravnadzor.gov.ru/	Открытый доступ
4 2	Всемирная организация здравоохранения : офиц. сайт. - URL: http://who.int/ru/	Открытый доступ
4 3	Министерство науки и высшего образования Российской Федерации : офиц. сайт. - URL: http://minobrnauki.gov.ru/ (поисковая система Яндекс)	Открытый доступ
4 4	Современные проблемы науки и образования : электрон. журнал. Сетевое издание. - URL: http://www.science-education.ru/ru/issue/index	Открытый доступ
4 5	Словари и энциклопедии на Академике . - URL: http://dic.academic.ru/	Открытый доступ
4 6	Официальный интернет-портал правовой информации . - URL: http://pravo.gov.ru/	Открытый доступ

10. Кадровое обеспечение реализации дисциплины (модуля)

Реализация программы дисциплины (модуля) обеспечивается профессорско-преподавательским составом кафедры ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России.

11. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)

Образовательный процесс по дисциплине Неврология осуществляется в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования.

Основными формами получения и закрепления знаний по данной дисциплине (модулю) являются лекции и практические занятия, самостоятельная работа обучающегося и прохождение контроля под руководством преподавателя.

Изучение дисциплины согласно учебному плану подразумевает самостоятельную работу обучающихся. Самостоятельная работа включает в себя изучение учебной, учебно-методической и основной и дополнительной литературой, её конспектирование, подготовку к семинарам (практическим занятиям), текущему контролю успеваемости и промежуточной аттестации зачету.

Текущий контроль успеваемости по дисциплине (модулю) и промежуточная аттестация обучающихся осуществляются в соответствии с Положением университета по устанавливающей форме проведения промежуточной аттестации, ее периодичности и системы оценок.

Наличие в Университете электронной информационно-образовательной среды, а также электронных образовательных ресурсов позволяет изучать дисциплину (модуль) инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья. Особенности изучения дисциплины (модуля) инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья определены в Положении об обучении инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.

12. Материально-техническое обеспечение дисциплины (модуля)

Помещения для реализации программы дисциплины (модуля) представляют собой учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа, занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации, а также помещения для самостоятельной работы и помещения для хранения и профилактического обслуживания учебного оборудования. Помещения укомплектованы специализированной мебелью и техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации большой аудитории.

Для проведения занятий лекционного типа предлагаются наборы демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий, обеспечивающие тематические иллюстрации, соответствующей рабочей программы дисциплины (модуля).

Минимально необходимый для реализации программы дисциплины (модуля) перечень материально-технического обеспечения включает в себя специально оборудованные помещения для проведения учебных занятий, в том числе аудитории, оборудованные мультимедийными и иными средствами, позволяющим обучающим-

ся осваивать знания, предусмотренные профессиональной деятельностью, в т.ч. индивидуально.

Помещения для самостоятельной работы обучающихся оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду РостГМУ.

В случае применения электронного обучения, дистанционных образовательных технологий допускается замена специально оборудованных помещений их виртуальными аналогами, позволяющими обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью.

Кафедра обеспечена необходимым комплектом лицензионного программного обеспечения (состав определяется в рабочих программах дисциплин (модулей) и подлежит ежегодному обновлению).

Программное обеспечение:

1. Office Standard, лицензия № 66869707 (договор №70-А/2016.87278 от 24.05.2016).
2. System Center Configuration Manager Client ML, System Center Standard, лицензия № 66085892 (договор №307-А/2015.463532 от 07.12.2015).
3. Windows, лицензия № 66869717 (договор №70-А/2016.87278 от 24.05.2016)
4. Office Standard, лицензия № 65121548 (договор №96-А/2015.148452 от 08.05.2016);
5. Windows Server - Device CAL, Windows Server – Standard, лицензия № 65553756 (договор № РГМУ1292 от 24.08.2015).
6. Windows, лицензия № 65553761 (договор №РГМУ1292 от 24.08.2015);
7. Windows Server Datacenter - 2 Proc, лицензия № 65952221 (договор №13466/ПНД1743/РГМУ1679 от 28.10.2015);
8. Kaspersky Total Security 500-999 Node 1 year Educational Renewal License (договор № 273-А/2023 от 25.07.2023).
9. Предоставление услуг связи (интернета): «Эр-Телеком Холдинг» - договор РГМУ262961 от 06.03.2024; «МТС» - договор РГМУ26493 от 11.03.2024.
10. Система унифицированных коммуникаций CommuniGate Pro, лицензия: Dyn-Cluster, 2 Frontends , Dyn-Cluster, 2 backends , CGatePro Unified 3000 users , Kaspersky AntiSpam 3050-users , Contact Center Agent for All , CGPro Contact Center 5 domains . (Договор № 400-А/2022 от 09.09.2022)
11. Система управления базами данных Postgres Pro AC, лицензия: 87A85 3629E CCEd6 7BA00 70CDD 282FB 4E8E5 23717(Договор № 400-А/2022 от 09.09.2022)
12. Защищенный программный комплекс 1С: Предприятие 8.3z (x86-64) 1шт. (договор №РГМУ14929 от 18.05.2020г.)
13. Экосистема сервисов для бизнес-коммуникаций и совместной работы: - «МТС Линк» (Платформа). Дополнительный модуль «Вовлечение и разделение на группы»;

- «МТС Линк» (Платформа). Конфигурация «Enterprise-150» (договор РГМУ26466 от 05.04.2024г.)

14. Справочная Правовая Система КонсультантПлюс (договор № 24-А/2024 от 11.03.2024г.)

15. Система защиты приложений от несанкционированного доступа Positive Technologies Application Firewall (Догвор №520-А/2023 от 21.11.2023 г.)

16. Система мониторинга событий информационной безопасности Positive Technologies MaxPatrol Security Information and Event Management (Догвор №520-А/2023 от 21.11.2023 г.)

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

Оценочные материалы

по дисциплине: **Неврология**

Специальность: Психиатрия

1. Перечень компетенций, формируемых дисциплиной (полностью или частично)*

Код и наименование профессиональной компетенции	Индикатор(ы) достижения профессиональной компетенции
ОПК-4: способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов.	<p>ОПК-4.1 Проводит осмотр, сбор жалоб, анамнеза жизни пациента при психоневрологических заболеваниях и составляет план обследования</p> <p>ОПК-4.2 Интерпретируют результаты обследования и устанавливает диагноз с учетом МКБ и клинических рекомендаций</p>
ОПК-5: способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность.	<p>ОПК-5.1 Разрабатывает план лечения и назначает лекарственных препаратов и других методов лечения согласно стандартам и клиническим рекомендациям учитывая эффективность и безопасность применения при психоневрологических заболеваниях</p> <p>ОПК-5.2 Контролирует эффективность и безопасность применения различных методов лечения, а также профилактирует осложнения, побочные действия, нежелательные реакции в результате диагностических или лечебных действий</p>

2. Виды оценочных материалов в соответствии с формируемыми компетенциями

Наименование компетенции	Виды оценочных материалов	количество заданий на 1 компетенцию
ОПК-4	Задания закрытого типа	25 с эталонами ответов
	Ситуационные задачи Вопросы для собеседования	25 с эталонами ответов 50 вопросов для собеседования
ОПК-5	Задания закрытого типа	25 с эталонами ответов
	Ситуационные задачи Вопросы для собеседования	25 с эталонами ответов 50 вопросов для собеседования

ОПК- 4:

Задания закрытого типа: **ВСЕГО 25 заданий.**

Задание 1. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Акалькулия, пальцевая агнозия, нарушение право-левой ориентации, конструктивная апраксия отмечаются при поражении

- 1) левой верхней височной извилины
- 2) левой угловой извилины**
- 3) мозолистого тела
- 4) правой угловой извилины
- 5) премоторной зоны

Эталон ответа: **2) левой угловой извилины**

Задание 2. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

При апраксии (незавершенность, неловкость движений и их персеверации) процесс локализуется

- 1) премоторная зона**
- 2) надкраевая извилина
- 3) мозжечок
- 4) угловая извилина

Эталон ответа: **1) премоторная зона**

Задание 3. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Апраксия в левой руке возникает при поражении

- 1) правой премоторной зоны
- 2) правой надкраевой извилины
- 3) ствола мозолистого тела**
- 4) утолщения мозолистого тела

Эталон ответа: **3) ствола мозолистого тела**

Задание 4. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Нарушения схемы тела у правшей возникают при локализации патологического процесса

- 1) в левой верхней теменной доле
- 2) в правой верхней теменной доле
- 3) в левой нижней теменной доле
- 4) в правой нижней теменной доле
- 5) в области интерпарietальной борозды справа**

Эталон ответа: **5) в области интерпарietальной борозды справа**

Задание 5. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Приступы жевательных, чмокающих, глотательных движений возникают при поражении

- 1) верхней височной извилины
- 2) нижних отделов передней центральной извилины
- 3) оперкулярной области лобной доли**
- 4) второй лобной извилины

Эталон ответа: **3) оперкулярной области лобной доли**

Задание 6. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Ощущение лишних конечностей, агнозия позы, пальцевая агнозия - характерные признаки поражения

- 1) левой лобной доли
- 2) левой верхней теменной доли
- 3) области интерпарietальной борозды справа**
- 4) мозолистого тела
- 5) левой затылочной доли

Эталон ответа: **3) области интерпарietальной борозды справа**

Задание 7. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

При генерализованном судорожном эпилептическом приступе с предшествующей обонятельной аурой, процесс локализуется

- 1) гиппокамп**
- 2) островок
- 3) надкраевая извилина
- 4) лобная доля

Эталон ответа: **1) гиппокамп**

Задание 8. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

При генерализованных судорожных эпилептических приступах и аносмии с одной стороны процесс локализуется

- 1) гиппокамп
- 2) основание передней черепной ямки**
- 3) основание средней черепной ямки
- 4) лобная доля

Эталон ответа: **2) основание передней черепной ямки**

Задание 9. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Выпадение верхних квадрантов полей зрения наступает при поражении

- 1) наружных отделов зрительного перекреста
- 2) язычной извилины**
- 3) глубоких отделов теменной доли
- 4) первичных зрительных центров в таламусе

Эталон ответа: **2) язычной извилины**

Задание 10. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Больной со зрительной агнозией

- 1) плохо видит окружающие предметы, но узнает их
- 2) видит предметы хорошо, но форма кажется искаженной
- 3) не видит предметы по периферии полей зрения
- 4) видит предметы, но не узнает их**

Эталон ответа: **4) видит предметы, но не узнает их**

Задание 11. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Больной с моторной афазией

- 1) понимает обращенную речь, но не может говорить**
- 2) не понимает обращенную речь и не может говорить
- 3) может говорить, но не понимает обращенную речь
- 4) может говорить, но речь скандированная

Эталон ответа: **1) понимает обращенную речь, но не может говорить**

Задание 12. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Больной с сенсорной афазией

- 1) не может говорить и не понимает обращенную речь
- 2) понимает обращенную речь, но не может говорить
- 3) может говорить, но забывает названия предметов
- 4) не понимает обращенную речь и не контролирует собственную**

Эталон ответа: **4) не понимает обращенную речь и не контролирует собственную**

Задание 13. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Амнестическая афазия наблюдается при поражении

- а) лобной доли
- б) теменной доли
- в) стыка лобной и теменной доли
- г) стыка височной и теменной доли**

Эталон ответа: **г) стыка височной и теменной доли**

Задание 14. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Как называется патология звукопроизводительной стороны речи вследствие нарушения иннервации речевой мускулатуры:

1. Афазия
2. Алалия
- 3. Дизартрия**
4. Заикание

Эталон ответа: 3 дизартрия

Задание 15. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Как называется распад всех компонентов речи вследствие поражения корковых речевых зон:

1. Алалия
- 2. Афазия**
3. Дизартрия
4. Мутизм

Эталон ответа: **2. Афазия**

Задание 16. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Как называется системное недоразвитие речи вследствие поражения корковых речевых зон в до-речевом развитии:

1. Афазия
2. Алалия
3. Дизартрия
4. Дислалия

5. Верно 2,4

Эталон ответа: **5. Верно 2,4**

Задание 17. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Наиболее высокий уровень накопления радиофармпрепарата при проведении гамма-спинтиграфии характерен

- 1) Для менингиом
- 2) Для краниофарингиом
- 3) Для аденом гипофиза
- 4) Для неврином
- 5) Для астроцитом

Эталон ответа: **1) Для менингиом**

Задание 18. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

При опухоли височной доли определить сторону поражения позволяют

- 1) Большие судорожные припадки
- 2) Абсансы
- 3) Зрительные галлюцинации

4) Верхнеквадрантная гемианопсия

Эталон ответа: **4) Верхнеквадрантная гемианопсия**

Задание 19. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Гемианопсия при внутримозговой опухоли височной доли наступает в результате поражения

- 1) Перекреста зрительных нервов
- 2) Зрительного тракта
- 3) Первичных зрительных центров
- 4) Путей в лучистом венце

5) Верно &2), &4

Эталон ответа: **5) Верно &2), &4**

Задание 20. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Для опухоли височной доли доминантного полушария характерна

- 1) Моторная, сенсорная афазия
- 2) Сенсорная, амнестическая афазия
- 3) Моторная, семантическая афазия
- 4) Сенсорная афазия, аутогнозия
- 5) Моторная афазия, аутогнозия

Эталон ответа: **2) Сенсорная, амнестическая афазия**

Задание 21. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Ранними симптомами опухоли лобно-мозолистой локализации являются

- 1) Двусторонний пирамидный парез в ногах
- 2) Нарушения координации
- 3) Астазия-абазия

4) Нарушения поведения

- 5) Битемпоральные дефекты поля зрения

Эталон ответа: **4) Нарушения поведения**

Задание 22. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Среди афатических нарушений при опухоли нижней теменной доли наступает

- 1) Моторная афазия
- 2) Сенсорная афазия
- 3) Семантическая афазия
- 4) Амнестическая афазия

Эталон ответа: 3) Семантическая афазия

Задание 23. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Экстраселлярный рост и признаки снижения функции гипофиза характерны для аденом гипофиза следующего гистологического типа

1) Эозинофильных

2) Базофильных

3) Хромофобных

4) Для всех перечисленных типов в одинаковой степени

Эталон ответа: 3) Хромофобных

Задание 24. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Для офтальмологической стадии супраселлярного роста аденомы гипофиза характерны

1) Гомонимная гемианопсия

2) Биназальная гемианопсия

3) Битемпоральная гемианопсия

4) Все перечисленное

Эталон ответа: 3) Битемпоральная гемианопсия

Задание 25. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Среди опухолей области турецкого седла обызвествление чаще наблюдают

1) В аденоме гипофиза

2) В краниофарингиоме

3) В арахноидэндотелиоме бугорка турецкого седла

4) В глиоме зрительного нерва

Эталон ответа: 2) В краниофарингиоме

Задания открытого типа: **ВСЕГО 75 заданий***

Вопросы для собеседования

1. Функциональная межполушарная асимметрия.

Эталон ответа: Межполушарная асимметрия отражает разницу функциональных процессов, протекающих в правой и левой части мозга. Латерализация представляет собой особенности морфологического строения и функций правой и левой половины мозга. Это онтогенетический процесс (подразумевает индивидуальное развитие организма), когда обе половины согласованно взаимодействуют, но одно из полушарий принимает большее участие в осуществлении определенных функций. Асимметрия (разнообразие, неравномерность) определяет разграничение функций мозговых структур в правой и левой половине головы. Важную роль в организации взаимодействия между половинами мозга играет мозолистое тело. В межполушарных взаимоотношениях при функциональной асимметрии мозолистое тело выполняет задачу межполушарного торможения для разделения активности половин мозга, что приводит к повышению эффективности обработки информации.

2. Локализация корковых центров в полушариях мозга

Эталон ответа: *Центры общих видов чувствительности* (корковый конец анализатора общей чувствительности – температурной, болевой, осязательной и проприоцептивной) – постцентральная извилина, верхняя теменная доля.

Центр стереогнозии – верхняя теменная доля, прилежит к заднему отделу постцентральной извилины. Стереогноз – трехмернопространственное чувство. При поражении центра больной перестает узнавать предметы на ощупь, без контроля зрения.

Центр слуха (корковый конец слухового анализатора) – медиальная поверхность верхней височной извилины (извилины Гешле), в глубине латеральной борозды.

Центр зрения (корковый конец зрительного анализатора) – на медиальной поверхности затылочной доли по обеим сторонам шпорной борозды.

Центр обонятельного анализатора – на нижней поверхности височной доли в области крючка и гиппокампа.

Ядро центра вкусовых восприятий – в самых нижних отделах постцентральной извилины, крючок морского коня.

Двигательная зона – область прецентральной извилины лобной доли и парацентральной дольке на медиальной поверхности полушария.

Центр сочетанного поворота головы и глаз в противоположную сторону – задние отделы средней лобной извилины.

3. Дискретный принцип деятельности левого полушария.

Эталон ответа: Левое полушарие действует по дискретному принципу, осуществляя дробление и анализ поступающей информации. Структуры же правого полушария, функционально организованные по голографическому принципу, выполняют главным образом суммацию, сопоставление и синтез поступающей информации. Соответственно левое полушарие является ведущим в осуществлении процессов абстрактной, символической интеллектуальной деятельности. Правое же – доминирует в реализации конкретно-образного мышления и эмоциональной деятельности. Как образно подчеркивает В. Л. Бианки, левое полушарие обладает «законодательной властью, а правое — исполнительной», левое полушарие определяет цели, а правое реализует их выполнение. Структуры левого полушария прогнозируют поведение организма в будущем, в то время как правое полушарие отражает события настоящего, прошлого и работает в режиме реального времени.

4. Что такое гнозис

Эталон ответа: **Гнозис** в переводе с греческого означает «познание». Является высшей нервной функцией, обеспечивающей узнавание предметов, явлений, собственного тела. Для современного человека наиболее актуальными остаются зрительный и слуховой гнозис.

5. Какие расстройства гнозиса вы знаете. Агнозия — комплексное понятие, включающее все нарушения гностической функции. Расстройства **гнозиса** зачастую сопровождаются дегенеративными процессами ЦНС, наблюдаются при многих органических поражениях мозга, возникающих вследствие травм, инсультов, инфекционных и опухолевых заболеваний.

6. Что такое слуховая агнозия и ее проявления

Эталон ответа: Патология узнавания предметов и явлений внешнего мира по характерным звукам без визуального контроля. При этом проекционное корковое представительство слухового анализатора остается сохраненным. Так, пациент, закрыв глаза, не сможет определить часы по их тиканью, собаку по лаю, воду по журчанию и так далее. Патология возникает при поражении наружных отделов коры височной доли.

7. Что такое зрительная агнозия

Эталон ответа: Нарушение зрительного восприятия, при котором теряется возможность узнавать и определять информацию, поступающую через зрительный анализатор. Зрительные агнозии представляют собой расстройства зрительного восприятия, возникающие при поражении корковых структур задних отделов больших полушарий и протекающие при относительной сохранности элементарных зрительных функций

8. Что такое анозогнозия

Эталон ответа: Отсутствие критической оценки больным своего дефекта либо заболевания. К примеру, больной параличом при анозогнозии может рассказывать, как двигает парализованными конечностями, описывать, как он их согнул, поднял и т. д.

9. Что такое праксис

Эталон ответа: Праксис (греч. praxis — действие) — **координированное, сознательное произвольное движение или действие**. Праксис объединяет различные виды движений и действий (мануальных, локомоторных, движений глаз, речевой мускулатуры и др.). Для выполнения какого-либо двигательного акта необходимо совершить серию отдельных движений, соответствующих его общему замыслу. У каждого действия есть внутренний план, «кинестетическая мелодия».

10. Какие расстройства праксиса вы знаете

- Эталон ответа: Апраксия-это утрата навыков, выработанных в процессе индивидуального опыта сложных целенаправленных действий (бытовых, производственных и др.) без выраженных признаков центрального пареза или нарушения координации движений. Возникает при поражении теменно-височно-затылочной области доминантного полушария. При этом страдают обе половины тела. Виды апраксия: *конструктивная*; моторная, идеаторная, оральная, лобная.

11. Что такое идеаторная апраксия

- Эталон ответа: *идеаторная апраксия* - обусловлена утратой плана или замысла сложных действий (например, по просьбе показать, как закуривают папиросу, больной чиркает этой папиросой по коробку, потом достает спичку и протягивает ее ко рту). Больные не могут выполнять словесных заданий, особенно символических жестов (грозить пальцем, отдавать воинское приветствие и др.), но способны повторять, подражать действиям исследующего. Возникает при поражении надкраевой извилины теменной доли доминантного полушария (у правой - левого) и всегда двусторонняя;

12. Что такое конструктивная апраксия

Эталон ответа: *конструктивная апраксия* – страдает, прежде всего, правильное направление действий; больным трудно конструировать целое из частей, например, сложить из спичек заданную геометрическую фигуру (ромб, треугольник, квадрат). Очаг поражения расположен в угловой извилине теменной доли доминантного полушария. Апраксические расстройства также двусторонние;

13. Что такое моторная апраксия

- Эталон ответа: *моторная апраксия, или апраксия выполнения Дежнерина*, отличается нарушением не только спонтанных действий и действий по заданию, но и по подражанию. Она часто односторонняя (например, при поражении мозолистого тела она может возникнуть только в верхней конечности). Больного просят разрезать бумагу ножницами, зашнуровать ботинок и т.д., но больной хотя и понимает задание, но не может его выполнить, проявляя полную беспомощность. Даже если показать, как это делается, все равно не может повторить движение;

14. Что такое амнезия

Эталон ответа: Амнезия – это патологическая утрата воспоминаний о текущих или прошедших обстоятельствах жизни. Входит в симптоматику неврологических заболеваний, психических расстройств, острых отравлений, хронических интоксикаций.

15. Что такое оральная апраксия

Эталон ответа: *оральная апраксия* - при поражении нижних участков постцентральной извилины доминантного полушария (у правши - левого), обычно сочетается с моторной афферентной афазией. Больной не может найти позиций речевого аппарата, нужных для произнесения соответствующих звуков, смешиваются близкие по артикуляции звуки, нарушается письмо

16. Что такое лобная апраксия

- Эталон ответа: *лобная апраксия* - при поражении лобной доли - происходит распад навыков сложных движений и программы действий с нарушением спонтанности и целенаправленности. Больной склонен к эхопраксии (повторяет движения исследующего) или инертным и стереотипным движениям, которые он не исправляет и не замечает.

17. Какие виды амнезии вы знаете

Эталон ответа: а) ретроградная – амнезия распространяется на события, предшествовавшие болезни, которые в свое время были хорошо усвоены
б) антероградная – амнезия распространяется на события, относящиеся к периоду болезни, ставшей причиной нарушения памяти.
в) антероретроградная
г) фиксационная амнезия - нарушение памяти преимущественно на текущие события, неспособность обучаться

18. Охарактеризуйте фиксационную амнезию

Эталон ответа: фиксационная амнезия - нарушение памяти преимущественно на текущие события, неспособность обучаться

19. Охарактеризуйте антероградную, ретроградную амнезию

Эталон ответа: антероградная – амнезия распространяется на события, относящиеся к периоду болезни, ставшей причиной нарушения памяти

Ретроградная – отсутствие памяти на события, имевшие место до дебюта расстройства.

Антероградная – нарушены воспоминания об обстоятельствах, произошедших после начала заболевания.

Антероретроградная – представляет собой комбинацию первых двух форм.

20. Что такое корсаковский амнестический синдром

Эталон ответа: Корсаковский амнестический синдром - сочетание фиксационной амнезии с парамнезиями, нарушением концентрации внимания. Может наблюдаться при церебральном атеросклерозе, последствиях травмы, либо как ведущий синдром в рамках Корсаковского психоза (алкогольная энцефалопатия, при которой нарушения памяти и интеллекта сочетаются с периферическим полиневритом).

Клинические характеристики Корсаковского синдрома:

- выраженные нарушения памяти на недавние события, грубо страдает способность усваивать новую информацию и оперировать ею (фиксационная амнезия), сохранено непосредственное воспроизведение
- долговременная память обычно относительно хорошо сохраняется
- конфабуляции
- нарушения концентрации внимания, дезориентировка во времени

21. Опишите транзиторную глобальную амнезию и ее причины

Эталон ответа: **Транзиторная глобальная амнезия** — преходящее нарушение памяти на текущие и прошлые события длительностью до суток. Сопровождается потерей ориентации при сохранении сознания собственной личности. Возможны некоторые временные нарушения высших нервных функций. В неврологии чаще всего причина это опухоли мозга.

22. Что такое прогрессирующая амнезия

Эталон ответа: *Прогрессирующая* – постепенно нарастающий распад памяти. Протекает в соответствии с законом Рибо, который протекает следующим образом. Если память представить себе в виде слоеного пирога, в котором каждый вышележащий слой представляет собой более поздно приобретенные знания и навыки, то прогрессирующая амнезия представляет собой именно послойное снятие этих навыков и знаний в обратном порядке – от менее отдаленных от настоящего времени событий до более поздних, вплоть до «памяти простейших навыков» - праксиса, исчезающего в последнюю очередь, что сопровождается формированием апраксии.

23. Определите понятие псевдореминисценции

Эталон ответа: *Псевдореминисценции (ложные воспоминания, «иллюзии памяти»)* – представляют собой воспоминания о действительно имевших место событиях, которые относятся в иной отрезок времени. Чаще всего перенос событий осуществляется из прошлого в настоящее. Разновидностью псевдореминисценций являются *экмнезии* – стирание грани между настоящим и прошлым, в результате чего воспоминания далекого прошлого переживаются как происходящие в данный момент («жизнь в прошлом»).

24. Дайте определение понятию мышление

Эталон ответа: Мышление – это процесс обобщенного и опосредованного отражения, установление существующих связей и отношений между предметами и явлениями действительности. Это познавательный процесс высокого уровня, который приводит к познанию законов природы и общественной жизни.

25. Какие виды мышления вы знаете

Эталон ответа: 1. **Наглядно-действенное мышление** – генетически наиболее ранняя форма мышления и заключается в практической преобразовательной деятельности, осуществляемой с реальными предметами.

2. **Наглядно-образное мышление** – это второй вид мыслительного процесса, который осуществляется непосредственно при восприятии окружающей действительности и без этого осуществляться не может..

3. **Понятийное мышление** – это такое мышление, в котором используются определенные понятия. При этом, решая те или иные умственные задачи, мы не обращаемся к поиску какой-либо новой информации, а пользуемся готовыми знаниями, полученными другими людьми с помощью специальных методов и выраженными в форме понятий, суждений, умозаключений.

4. **Теоретическое мышление** (его разновидности: понятийное и образное мышление) – это познание законов, правил.

5. **Словесно-логическое мышление** – вид мышления, осуществляемый при помощи логических операций с понятиями.

6. Основная задача **практического мышления** (наглядно-образное и наглядно-действенное) – подготовка физического преобразования действительности: постановка цели, создание плана, проекта, схемы.

26. Что такое врожденное слабоумие.

Эталон ответа: Врожденное слабоумие – это умственная отсталость **врожденное или приобретенное в раннем детстве (до 3 лет) состояние общего недоразвития психики с существенной недостаточностью интеллектуальных способностей**. Умственная отсталость может быть обусловлена различными этиологическими и патогенетическими факторами, действующими во время внутриутробного развития, родов или в первые годы жизни. Критерием диагностики умственной отсталости является $IQ < 70$.

27. Чем характеризуется задержка умственного развития

Эталон ответа: **Задержка умственного развития** – это темповое отставание развития психических процессов и незрелость эмоционально-волевой сферы у детей, которые потенциально могут быть преодолены с помощью специально организованного обучения и воспитания. Задержка психического развития характеризуется недостаточным уровнем развития моторики, речи, внимания, памяти, мышления, регуляции и саморегуляции поведения, примитивностью и неустойчивостью эмоций, плохой успеваемостью в школе.

28. Что такое деменция

Эталон ответа: Деменция – это нейропсихиатрический синдром, в основе которого лежит приобретенное, длительное (более 6 мес.), прогрессирующее нарушение когнитивных функций головного мозга – мышления, внимания, памяти, речи, восприятия окружающей действительности, целенаправленной двигательной активности, ориентации в пространстве, узнавания времени и места.

29. Какие степени слабоумия вы знаете и охарактеризуйте их

Эталон ответа: Степени: идиотия, имбецильность, дебильность.

Самая глубокая степень умственной отсталости, в тяжёлой форме характеризующаяся почти полным отсутствием речи и мышления: больные произносят лишь нечленораздельные звуки, как правило, не понимают смысла обращённой к ним речи, эмоциональные проявления элементарны, ограничены проявлением недовольства или удовольствия.

Имбецильность — **слабоумие (олигофрения) умеренной степени выраженности**. Внешне заметное отклонение в психическом развитии обусловлено патологическими процессами во внутриутробном или постнатальном периоде развития ребенка

Дебильность — самая легкая форма умственной отсталости, характеризующаяся значительным снижением способности к абстрактному мышлению и обобщению при сохранности моторики.

30. Что такое подкорковая деменция

Эталон ответа: **Подкорковая деменция** представляет собой заболевание, характеризующееся снижением познавательных навыков, без возможности приобретения новых. **Подкорковая деменция** развивается в результате поражения соответствующих структур головного мозга (подкорковых ядер, таламуса и их связей), что выражается значительными изменениями двигательной активности и незначительными расстройствами памяти, мыслительной функции и речевых навыков.

31. Опишите клинические проявления корковой деменции

Эталон ответа: брадифрения, нарушение внимания при относительно сохранной речи, праксиса и гнозиса; нарушение памяти при воспроизведении, ранние изменения поведения, апсонтность, снижение мотивации, нарушение двигательных функций (ходьбы, постральная неустойчивость, псевдобульбарные расстройства); нарушение вегетативных функций (нейрогенный мочевого пузырь)

32. Классификация уровней сознания

Эталон ответа: Ясное сознание — полная его сохранность, адекватная реакция на окружающую обстановку, полная ориентация, бодрствование. Умеренное оглушение — умеренная сонливость, частичная дезориентация, задержка ответов на вопросы (часто требуется повторение), замедленное выполнение команд. Глубокое оглушение — глубокая сонливость, дезориентация, почти полное сонное состояние, ограничение и затруднение речевого контакта, односложные ответы на повторные вопросы, выполнение лишь простых команд. Сопор (беспамятство, крепкий сон) — почти полное отсутствие сознания, сохранение целенаправленных, координированных защитных движений, открывание глаз на болевые и звуковые раздражители, эпизодически односложные ответы на многократные повторения вопроса, неподвижность или автоматизированные стереотипные движения, потеря контроля за тазовыми функциями. Умеренная кома (I) — неразбудимость, хаотические некоординированные защитные движения на болевые раздражители, отсутствие открывания глаз на раздражители и контроля за тазовыми функциями, возможны легкие нарушения дыхания и сердечно-сосудистой деятельности. Глубокая кома (II) — неразбудимость, отсутствие защитных движений, нарушение мышечного тонуса, угнетение сухожильных рефлексов, грубое нарушение дыхания, сердечно-сосудистая декомпенсация. Запредельная (терминальная) кома (III) — атональное состояние, атония, арефлексия, витальные функции поддерживаются дыхательными аппаратами и сердечно-сосудистыми препаратами. Оценку глубины нарушения сознания в экстренных ситуациях у взрослого человека, не прибегая к специальным методам исследования, можно проводить по шкале Глазго, где каждому ответу соответствует определенный балл, а у новорожденных — по шкале Апгар.

33. Что такое коматозные состояния .

Эталон ответа: Кома (**коматозное состояние**) (от греческого κῆμα — глубокий сон) — остро развивающееся тяжёлое патологическое **состояние**, характеризующееся прогрессирующим угнетением функций центральной нервной системы с утратой сознания, нарушением реакции на внешние раздражители, нарастающими расстройствами дыхания, кровообращения и других функций жизнеобеспечения организма.

34. Кетоацидотические комы причины, особенности развития.

Эталон ответа: Причины: поздняя диагностика СД, недостаточная доза инсулина, нарушение диеты (злоупотребление жирами, углеводами), интеркуррентное заболевание. Развитие: фаза продромы – прекоматозное состояние, постепенная утрата сознания. Симптомы: сухость и цианоз кожи и слизистых, сухой язык, гипотония мышц, тонус глазных яблок понижен, судорог нет, дыхание Куссмауля, пульс частый, слабого наполнения, отсутствие аппетита, тошнота, рвота, иногда абдоминальный синдром, запах ацетона в выдыхаемом воздухе, гипергликемия, гиперкетонемия, падение резервной щелочности крови, ацетонурия и гликозурия.

35. Гипогликемические комы причины, особенности развития

Эталон ответа: гипогликемическая кома. Причины: передозировка инсулина, нарушение режима питания (недостаточное питание, пропуск приема пищи). Лабильное течение заболевания. Большая физическая нагрузка, сопутствующие заболевания с рвотой и поносом. Быстрое развитие. Быстрая потеря сознания. Бледность и потливость. Язык влажный. Ригидность мышц, тризм жевательных мышц. Тонус глазных яблок нормальный. Судороги. Дыхание нормальное. Тахикардия/брадикардия. В начале развития гипогликемии повышение аппетита. Абдоминального синдрома не бывает. Нет запаха ацетона в выдыхаемом воздухе. Гипогликемия (но м.б. норма и даже гипергликемия). Гиперкетонемии нет. Резервная щелочность крови нормальная. Ацетонурии и гликозурии нет.

36. Клиническая характеристика аксиальной дислокации структур головного мозга травматической этиологии.

Эталон ответа: аксиальная дислокация бывает 2 видов: транстенториальное вклинение и вклинение в большое затылочное отверстие

Транстенториальное вклинение- при прогрессии этой дислокации развивается сдавление 3 пар черепных нервов, расширение зрачка, нарушение установки взгляда в сторону поражения, в дальнейшем возможно сдавление задней мозговой артерии и ишемией первичной зрительной коры, в дальнейшем сдавление контралатеральной ножки мозга

Вклинение в большое затылочное отверстие- мозжечковое **вклинение**, сопровождающееся смещением миндалин мозжечка **в большое затылочное отверстие** и сдавлением продолговатого мозга. За счет сдавления артерий и вен возникают кровоизлияния и очаги ишемии в стволе головного мозга. Характерны: резкая головная боль, ригидность **затылочных** мышц, вынужденное положение головы, нарушения глотания, нарушение дыхания, брадикардия, расстройства сознания.

37. Гипертензионно-гидроцефальный синдром. Критерии диагностики.

Эталон ответа: Характерные клинические проявления: - увеличение размеров головы, преимущественно лобно-затылочной области, с преобладанием мозгового черепа над лицевым; - расхождение швов, увеличение размеров, выбухание и напряжение родничков; - резонирующий звук при перкуссии черепа, звук «треснувшего горшка»; - усиление рисунка кожных вен головы; - пронзительный «мозговой крик»; - «глазная» симптоматика в форме положительного симптома Грефе (появление полосы склеры над радужкой), «заходящего солнца» (при опускании глазных яблок книзу появляется полоска склеры над радужкой), экзофтальм, нистагм, косоглазие; - эмоционально-двигательное беспокойство, вздрагивание, тремор, мышечная дистония, повышение сухожильных рефлексов; - вегетативная дисфункция, нарушение терморегуляции; - срыгивания «фонтаном», рвота; - появление отека или «застойных дисков зрительных нервов» при исследовании глазного дна, в ряде

случаев с явлением вторичной атрофии и снижением зрения; - увеличение размеров желудочков мозга (вентрикуломегалия) или расширение субарахноидальных пространств (наружная гидроцефалия) при исследовании методом нейросонографии, компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии мозга; - повышение ликворного давления при исследовании методом люмбальной пункции; - увеличение размеров III желудочка (более 5 мм), боковых желудочков, дополнительные сигналы и увеличение амплитуды пульсаций при исследовании методом ЭХО-энцефалографии.

38. Болезнь Альцгеймера, ведущие когнитивные расстройства.

Эталон ответа: утрата кратковременной памяти, нарушение способности мышления (аналитической, топологической), утрата самообслуживания, проявления раздражительности, нетерпимости, бред преследования; нарушения речи, двигательные нарушения.

39. Болезнь Пика, ведущие клинические симптомы и синдромы

Эталон ответа: В начальной стадии преобладают изменения личности с утратой выработанных моральных принципов (эгоистичность, асоциальное поведение, расторможенность инстинктов и потеря контроля над своими поступками, их реализация независимо от окружения и обстановки; снижение критики, булимия или абулия, гиперсексуальности и др. расстройств. Изменения речи сводятся к многократным повторам слов, фраз, шуток, историй или секретов (симптом «граммофонной пластинки»). Отмечается эйфория или апатия. Во второй стадии появляются и нарастают когнитивные нарушения. Возникает сенсомоторная афазия, алексия, аграфия и акалькулия, амнезия, агнозия и нарушения праксиса. Вначале расстройство когнитивных функций может носить эпизодический характер, затем оно становится постоянным и прогрессирует вплоть до полного интеллектуального разрушения личности. У ряда пациентов своеобразным проявлением становится кожная гипералгезия (повышенная чувствительность). Третья стадия болезни Пика — глубокая деменция. Пациенты обездвижены вследствие крайней апраксии, дезориентированы, не способны к элементарным действиям по самообслуживанию, нуждаются в постоянной опеке

40. Деменция с тельцами Леви критерии диагностики

Эталон ответа: 1 чаще встречается у мужчин

2. прогрессирующее интеллектуальное снижение; 3. раннее выявление паркинсонизма; 4. яркие зрительные галлюцинации, нарушение обоняния, недержание мочи, характерна флуктуация расстройств.

41. Корико-базальная дегенерация, ведущие клинические симптомы и синдромы

Эталон ответа: 1) чувствительные нарушения (чувство онемения, нарушение стереоагнозии и дискриминационного чувства, синдром чужой конечности); 2) экстрапирамидные расстройства (акинетико-ригидный синдром, мышечные дистонии, постуральный тремор, миоклонии, возможны парезы зрения, мозжечковая атаксия, лобные симптомы: патетонии, сосательные и хватательный рефлекс);

3) дизартрия, динамическая афазия, апраксия, дебют с нарушением походки в нижних конечностях.

4) когнитивные нарушения

42. Прогрессирующий надъядерный паралич, ведущие клинические симптомы и синдромы

Эталон ответа: 1) офтальмоплегия (паралич зрения по вертикальной плоскости)

2) интеллектуальное снижение, расстройства абстрактного мышления и памяти, зрительно-пространственная апраксия, элементы агнозии.

3) псевдобульбарный синдром: дизартрия, дисфагия, насильственный плач

4) сниженной работоспособностью, цефалгиями, головокружением, пониженным настроением, сужением круга интересов нарушениями сна, включающими бессонницу ночью и гиперсомнию днём

- 5) акинетико –ригидный синдром. Мышечная ригидность выражена преимущественно в аксиальной мускулатуре — мышцах, идущих вдоль шейного отдела позвоночника, соединяющих его с черепом
43. Болезнь Паркинсона, клинические формы
Эталон ответа: дрожательная, ригидная, акинетическая,дрожательно-ригидная и акинетико ригидная
44. Прогрессирующий надъядерный паралич определение
Эталон ответа: **Прогрессирующий надъядерный паралич** — это дегенеративное церебральное заболевание с преимущественным поражением среднего мозга, ядерно-корковых путей, подкорковых образований. Составляющими клинической картины выступают акинетико-ригидная форма паркинсонизма, атаксия, офтальмоплегия, когнитивное снижение, псевдобульбарный синдром.
45. Мультисистемная атрофия, ведущие клинические симптомы и синдромы
Эталон ответа: **Мультисистемная атрофия** — прогрессирующая дегенеративная патология головного мозга с преимущественным поражением глиальных клеток базальных ганглиев, мозжечка, вегетативных центров. Клинически проявляется сочетанием паркинсонизма с мозжечковой, вегетативной и пирамидной недостаточностью.
46. Кортикобазальная дегенерация определение
Эталон ответа: Кортикобазальная **дегенерация** — это отдельная клиническая форма избирательного дегенеративного процесса с преимущественным поражением лобно-теменной коры и подкорковых ганглиев. Клинические проявления патологии полиморфны, включают паркинсонизм, расстройство праксиса, тремор, миоклонии, фокальные дистонии, речевые нарушения.
47. Перечислите основные причины развития синдрома паркинсонизма
Эталон ответа 1):идиопатическая(болезнь паркинсона)
2) интоксикационная(отравление СО, марганцем.эфедрон и тд
3)энцефалитическая(хроническая стадия энцефалита
4)травматическая(болезнь боксеров)
5)сосудистая(инсульты, энцефалопатии, васкулиты)
6)лекарственная(неролептики, циннаризин, цирукал и .т.д
7)наследственно-дегенеративные заболевания(паркинсонизм плюс)
8)опухоли головного мозга)
48. Хорея Гентингтона, дать определение
Эталон ответа: **Хорея Гентингтона** — это наследственное, медленно прогрессирующее заболевание нервной системы, характеризующееся хореическими гиперкинезами, психическими нарушениями и прогрессирующей деменцией. Заболевание диагностируется с помощью молекулярно-генетического анализа и томографии головного мозга. Этиотропного лечения не разработано. Пациентам проводится симптоматическая терапия, направленная на подавление гиперкинезов.
49. Синдром хореи-акантоцитоз что это
Эталон ответа: Хорея-акантоцитоз-это редкое аутосомно-доминантные, аутосомно-рецессивное, Х-сцепленные рецессивные и спорадические наследственное прогрессирующее неврологическое заболевание, проявляющееся гиперкинезами (хорея и дистония), психическими расстройствами и наличие макантоцитов (эритроцитов с шипообразными выпячиваниями). Иногда в клинической картине присутствуют паркинсонизм, эпилептические приступы, нерезкие нейропатические и миопатические расстройства, а также кардиомиопатия.
50. Что такое синдром Леша-Нихена

Эталон ответа: **Синдром Леша-Нихана** — это наследственное заболевание, которое возникает при нарушении обмена пуринов, избыточном накоплении мочевой кислоты в организме. Развивается вследствие генетической мутации, вызывающей дефицит фермента ГФРТ. Проявляется приступами подагры, тяжелым неврологическим дефицитом, самоповреждающим поведением. Диагностика болезни проводится путем биохимических анализов, генетического исследования, методов нейровизуализации.

Ситуационная задача:

Задание 1.

У больного периодически возникают подергивания правой руки и мышц половины лица справа без нарушения сознания. Где локализуется патологический очаг и как называются припадки?

Эталон ответа: Это Джексоновская эпилепсия. Патологический очаг локализуется в передняя центральная извилина слева

Задание 2

Больной разучился одеваться, не может пользоваться чашкой, ложкой. Где локализуется патологический очаг и как называется нарушение?

Эталон ответа: Апраксия. Надкраевая извилина

Задание 3

У больного выявляется астереогнозия, апраксия, акалькулия, алексия. Больной правша. Определите топический диагноз:

Эталон ответа: **Левая теменная доля**

Задание 4

Больной эйфоричен, не оценивает своего состояния, дурашлив, склонен к плоским шуткам, неопрятен. Где локализуется патологический очаг и как называется нарушение?

Эталон ответа: Лобная доля . Лобная психика

Задание 5

У больного отмечается отклонение языка влево и сглаженность носогубной складки слева, без атрофии мышц. Определите топический диагноз:

Эталон ответа : **Нижняя треть передней центральной извилины справа**

Задание 6

При исследовании высших корковых функций у пациента выявили моторную апраксию, идиаторную апраксию, конструктивную апраксию. Определите зону топического поражения ?

Эталон ответа: поражении надкраевой извилины нижней теменной доли доминантного полушария.

Задание 7.

Синдром Бурденко-Крамера (боль в лобно-глазничной области, светобоязнь и слезотечение) при опухолях задней черепной ямки обусловлен

Эталон ответа: Общностью иннервации структур передней и задней, черепной ямки

Задание 8

Пациент поступил в приёмный покой больницы после дорожно-транспортного происшествия. Пациент дезориентирован в пространстве и времени, собственной личности: на вопросы отвечает кратко, ответы не соответствуют сути заданного вопроса. При речевом контакте быстро истощается: речь замедляется, пациент закрывает глаза и прекращает говорить, однако при громком обращении к пациенту он открывает глаза, кратко отвечает на заданный вопрос. Описать форму расстройства сознания.

Эталон ответа: угнетение сознания глубокое оглушение

Задание 9

Пациента обнаружен дома бригадой скорой медицинской помощи, вызванной соседями пациента в связи с неадекватным поведением на фоне систематической алкоголизации, прекратившейся вследствие финансовых проблем. Пациент дезориентирован в пространстве и времени, частично ориентирован в собственной личности. Предъявляет жалобы на наличие пугающих зрительных и слуховых галлюцинаций, усиливающихся к вечеру. Речевой контакт ограничен, пациент не всегда понимает суть заданных вопросов. Поведение отражает содержание галлюцинации: пациент испуган, эпизодически возникает психомоторное возбуждение. Описать форму расстройства сознания.

Эталон ответа: помрачение сознания: делирий

Задание 10

У пациента эпизодически в течение 5-20 секунд возникает прекращение текущей деятельности: глаза открыты, фиксирован взгляд, прекращается текущая деятельность; однако мышечный тонус сохранён, предметы в руках удерживает; насильственных движений нет. Описать форму нарушения сознания.

Эталон ответа: Пароксизмальное расстройство сознания: генерализованные эпилептические приступы в виде простых абсансов.

Задание 11

У пациента утренние головные боли умеренной и высокой интенсивности, уменьшающиеся при переходе в вертикальное положение, тошнота и рвота на высоте головной боли, преходящее снижение остроты зрения. При осмотре офтальмологом глазного дна выявлены застойные диски зрительных нервов. Определить клинический синдром.

Эталон ответа: Синдром внутричерепной гипертензии

Задание 12. У пациента выраженные головные боли с тошнотой и рвотой; фото-, фоно-, тактильная гиперестезия. Определяется ригидность заднешейных мышц (4 поперечных пальца), симптом Кернига, положительные симптомы Брудзинского верхний, средний и нижний. Определить клинический синдром.

Эталон ответа: менингеальный синдром

Задание 13. У пациента с признаками менингеального синдрома выполнена люмбальная пункция. При люмбальной пункции выявлено повышение ликворного давления (до 250 мм.водного столба), ликвор бесцветный, опалесцирующий; белок 1,0 г/л, глюкоза 1,8 ммоль/л, лимфоцитарный плеоцитоз: 100 клеток в 1 мкл. Определить клинический синдром.

Эталон ответа: ликворный воспалительный серозный синдром

Задание 14

Пациентка проживает одна в сельской местности, её дети, навещая её, замечают, что она становится всё более забывчивой. В беседе с больной определяются выраженные затруднения в подборе слов с её стороны. Со слов дочери у пациентки имеются затруднения в воспроизведении событий, ориентации во времени. При неврологическом осмотре очаговых неврологических расстройств не выявлено; выявляются нарушения счёта и праксиса. При проведении исследования по Краткой шкале оценки психического статуса (MMSE) пациентка набрала 21 балл из 30. Пациентка не может вспомнить предъявленные 3 слова через 3 минуты. При МРТ головного мозга описана гипотрофия медиальных отделов височных долей. Описать клинические синдромы (тип нейропсихологических нарушений).

Эталон ответа: 1. Тип когнитивных нарушений корковый (операциональный).

2. Клинический диагноз: болезнь Альцгеймера

3. Рекомендуются использование центральных антихолинэстеразных препаратов (ривастигмин, галантамин, ипидакрин).

Задание 15

На приём к врачу обратился мужчина 69 лет с жалобами на рассеянность внимания, повышенную утомляемость, снижение памяти, шаткость и неуверенность при ходьбе. Страдает артериальной гипертензией более 10 лет с повышением артериального давления до 180/100 мм.рт.ст., антигипертензивные препараты систематически не принимает; считает, что «привык к своему давлению». В анамнезе перенесённый 4 года назад ишемический инсульт с лёгким правосторонним гемипарезом с хорошим восстановлением. Образование среднее профессиональное, работал слесарем. Курит с 20 лет по 1 пачке в 2 дня. Со слов жены пациент «стал плохо соображать, стал замедленным», стал более раздражительным; не справляется с бытовыми обязанностями.

В неврологическом статусе лёгкая гипомимия, положительные рефлексы орального автоматизма. Гипокинезия; сухожильные рефлексы выше справа, патологические стопные рефлексы справа. Незначительный пластический мышечный гипертонус в руках и ногах. Чувствительных выпадений нет. При ходьбе шаг укорочен, шарканье ног.

Выполнена оценка по Краткой шкале оценки психического статуса: забыл 2 слова из 3, сделал 2 ошибки в серийном счёте, набрал 25 баллов. Нарушена функция обобщения; выраженная замедленность при выполнении нейропсихологических проб.

МРТ головного мозга: множественные лакунарные инфаркты в области подкорковых базальных ганглиев и внутренней капсулы с двух сторон; перивентрикулярный и субкортикальный лейкоареоз.

Описать клинические синдромы (в том числе тип нейропсихологических нарушений), клинический диагноз, рекомендуемую терапию.

Эталон ответа:

1. У пациента выраженные когнитивные расстройства нейродинамического

(субкортикального) и лобного типа; амиостатический синдром (синдром паркинсонизма), резидуальный центральный правосторонний гемипарез.

2. Сосудистая деменция (гипертензивная энцефалопатия).

3. Рекомендована систематическая антигипертензивная (например лозартан внутрь) и антиагрегантная терапия. Возможно назначение акатинола мемантина с увеличением дозы до 20 мг в сутки.

Задание 16

Пациент Б, 67 лет считает себя больным в течение 2 лет, когда возникла общая двигательная замедленность. Год назад нарастающее снижение когнитивных функций достигло степени деменции. Возник первый эпизод спутанности сознания, зрительных галлюцинаций: пациент дома перестал узнавать близких людей, стал агрессивным, видел дома посторонних людей. Данный эпизод прекратился без лечения, пациент полностью его амнезировал. Всего наблюдалась 3 таких эпизода.

В неврологическом статусе умеренно выраженные признаки синдрома паркинсонизма с преобладанием гипокинезии, пластический мышечный гипертонус, тремора покоя нет. Возникают эпизоды пропульсии и ретропульсии.

Пациент дезориентирован в месте, времени, ориентирован в собственной личности. Верно рассказывает о событиях давнего времени. По Краткой шкале оценки психического статуса набрал 20 баллов: ошибки при назывании даты, места; воспроизведении слов, повторении предложения, выполнении трехэтапной команды, рисовании фигур.

Грубо нарушены зрительно-пространственные функции: не способен выполнить пробу «кулак-ребро-ладонь», не может нарисовать куб и выполнить тест пятиугольников. При выполнении всех заданий отмечается замедленность и быстрая истощаемость.

У пациента определяется выраженная ортостатическая гипотензия, похудание, эпизоды недержания мочи.

Эталон ответа: 1. Когнитивные нарушения нейродинамического и коркового типа; психотические нарушения со зрительными галлюцинациями; паркинсонизм, периферическая вегетативная недостаточность.

2. Деменция с тельцами Леви.

3. Возможно назначение дофаминергической терапии; центральных ингибиторов ацетилхолинэстеразы; противопоказано назначение типичных нейролептиков (при психотических эпизодах возможно назначение атипичных нейролептиков).

Задание 17

1. Пациент К., 62 лет. Заболел 5 лет назад когда появился тремор в правой руке в покое; дрожание в течение 1 года распространилось на правую ногу, а затем на противоположную сторону, появилась замедленность движений и пластический мышечный гипертонус. Обратился к неврологу, установлен диагноз «синдром паркинсонизма»; назначен прамипексол, при этом тремор уменьшился незначительно, уменьшилась выраженность гипокинезии, пластического мышечного гипертонуса. Родственники пациента отмечают замедленность темпа мышления, воспроизведения информации; замедление темпа речи, которые не приводят к дизадаптации в быту. В неврологическом статусе умеренная гипокинезия, пластический мышечный гипертонус более выраженный справа; тремор покоя более выраженный в правых конечностях. При использовании Краткой шкалы оценки психического статуса, Батарей лобной дисфункции нарушений не выявлено, однако значительно снижен темп деятельности, затруднено переключение с одного вида деятельности на

другой. МРТ головного мозга: умеренная наружная и внутренняя гидроцефалия. Описать клинические синдромы, установить клинический диагноз, тактику ведения больного.

Эталон ответа: 1. Паркинсонизм; умеренные когнитивные нарушения нейродинамического типа (подкоркового типа).

2. Болезнь Паркинсона, дрожательно-ригидная форма, стадия 2.0.

3. Улучшение когнитивного статуса возможно при назначении дофаминергических препаратов

Задание 18

Пациент С., 60 лет. Жалобы на нарушения ходьбы, падения при ходьбе; нарушение контроля за функцией тазовых органов; замедление темпа мышления, сложности в планировании повседневной деятельности. Болен около 2 лет, когда появились вышеуказанные жалобы. Нарушение памяти, мышления и ходьбы нарастают, пациенту назначались дофаминергические препараты, которые оказались неэффективными. При осмотре определяется замедление темпа речи, положительные рефлекс орального автоматизма, лобная дисбазия, затруднения при инициации ходьбы, поворотах и остановках; пациент отмечает наличие острых позывов на мочеиспускание, которые не всегда контролирует. При нейропсихологическом тестировании выраженные нарушения при реализации тестов батареи лобной дисфункции; определяется выраженное замедление темпа выполнения данных тестов.

МРТ головного мозга: выраженная внутренняя гидроцефалия.

Неврологом предложена пациенту и выполнена процедура люмбальной пункции: выведено 40 мл цереброспинальной жидкости, что привело через 1-2 дня к улучшению когнитивных, двигательных и тазовых расстройств.

Описать клинические синдромы, установить клинический диагноз, тактику ведения больного.

Эталон ответа:

1. Лобно-подкорковая деменция; лобная дисбазия; нейрогенный (корковый незаторможенный) мочевой пузырь.

2. Арезорбтивная нормотензивная гидроцефалия.

3. Показаны повторные люмбальные пункции с выведением не менее 40 мл цереброспинальной жидкости, при их эффективности – рекомендовано вентрикуло-перитонеальное шунтирование.

Задание 19

Пациентка 68 лет, пришла на приём к врачу общей практики в сопровождении сына. Активно жалоб не предъявляет, при опросе установлено, что пациентка ощущает пониженный фон настроения, снижение мотиваций, отсутствие удовлетворения от любимых занятий. Сын отмечает забывчивость матери в течение последнего 1 месяца. 0,5 года назад пациентка была на приёме и подобных нарушений не имела. 2 месяца назад у женщины умер муж, возникли конфликты в семье детей. При опросе отвечает на вопросы односложно. При оценке соматического и неврологического статуса без особенностей, в исследование включается неохотно. При нейропсихологическом опросе на большинство вопросов отвечает: «Я не знаю». Показатели клинических анализов крови; уровня тиреоидных гормонов в пределах нормы. При МРТ головного мозга признаки незначительного расширения желудочковой системы. Вопросы. 1.

Установить ведущий клинический синдром. 2. Установить клинический диагноз. 3. Определить лечебную тактику.

Эталон ответа:

1. Депрессивное расстройство (псевдодеменция).

2. Депрессия.

3. Назначение антидепрессантов; желательно исключение приёма трициклических антидепрессантов

Задание 20

Больной С., 50 лет. Заболевание началось пять лет назад с сильных стреляющих болей в ногах. Затем появилось чувство «покалывания», «ползания мурашек» и «онемения» в стопах, ощущение как будто у него под ногами резина или вата, шатание и неуверенность при ходьбе в темноте, а также при умывании лица. Однажды возникла «кинжальная» боль в верхней части живота, сопровождавшаяся мучительной рвотой. Был доставлен в приемное отделение больницы по поводу «острого живота». Однако боль внезапно прекратилась и больной был отпущен домой. В последующем «стреляющие», «режущие» боли в ногах и приступообразные сильные боли в животе, сопровождавшиеся рвотой» периодически повторялись. При амбулаторном исследовании заболеваний внутренних органов не выявлено. Год назад резко ухудшилось зрение. Подобрать очки для улучшения зрения не удалось. В последнее время присоединились затруднение при мочеиспускании и значительная слабость. Объективно: острота зрения на оба глаза 0,3. На глазном дне отмечены явления первичной серой субатрофии сосков зрительных нервов. Зрачки овальной формы, узкие, левый зрачок шире правого (анизокория), реакция их на свет вялая, но живая на конвергенцию и аккомодацию (симптом Аргайля - Робертсона). Сила рук и ног хорошая, тонус мышц ног снижен. Сухо-жильные и надкостничные рефлексы с рук вызываются, равномерные. Коленные и ахилловы рефлексы отсутствуют. Патологических рефлексов нет. При пробе Ромберга шатается и падает, однако, открыв глаза, обретает Остойчивость. При ходьбе слишком высоко поднимает и широко расставляет ноги, сильно ударяя подошвой, преимущественно пяткой о пол. С закрытыми глазами ходить не может: шатается и падает. Координаторные пробы руками выполняет хорошо, но пяточно-коленную пробу обеими ногами плохо. Не различает направления пассивных движений пальцев стоп. В дистальных отделах ног снижена тактильная чувствительность. Общий анализ крови и мочи без патологических особенностей. Реакция Вассермана в крови отрицательная, РИБТ и РИФ — положительные. Спинномозговая жидкость: белок — 0,60‰, цитоз 60/3, реакции Вассермана, РИБТ и РИФ положительные, реакция Ланга — паралитическая кривая. Определить и обосновать топический диагноз. Между какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику? Поставить и обосновать клинический диагноз.

Эталон ответа: 1. Неврологические синдромы: расстройство глубокой чувствительности по проводниковому (спинальному) типу; сенситивная заднестолбовая атаксия, двухсторонняя амблиопия, симптом Аргайля-Робертсона.

Топический диагноз: поражение задних столбов спинного мозга, зрительных нервов.

Клинический диагноз: Поздний нейросифилис, спинная сухотка.

Задание 21

. Пациент Ф., 21 год. Через три недели после перенесенного гнойного отита повысилась температура тела до 39°C, появилась сильная головная боль, повторная рвота, спутанность сознания. При осмотре: больной оглушен, дезориентирован в месте и времени, ориентация в собственной личности частично нарушена, на вопросы отвечает односложно; горизонтальный нистагм,

сглажена правая носогубная складка, язык отклоняется вправо, снижена сила в правой руке и ноге до 3 баллов, сухожильные рефлексы D>S, патологические кистевые и стопные знаки справа и выраженные менингеальные симптомы: ригидность затылочных мышц 3 поперечных пальца, симптом Кернига. Ликвор: вытекает под давлением 320 мм вод.ст., мутный, плеоцитоз –2000 в 1 мкл (нейтрофилы), белок – г/л, сахар –0,15 ммоль/л. При бактериоскопии ликвора обнаружены грамположительные диплококки. Описать клинические синдромы. Установить топический и клинический диагнозы.

Эталон ответа: Неврологические синдромы: расстройство сознания по глубине: глубокое оглушение, менингеальный синдром, центральный правосторонний умеренный гемипарез, воспалительный ликворный синдром (признаки гнойного воспаления).

Топический диагноз: очаговое органическое поражение левой лобной доли, поражение мозговых оболочек.

Клинический диагноз: Отогенный гнойный менингоэнцефалит.

Задание 22

Пациентка М. 40 лет. Заболевание началось год назад с приступообразной головной боли, длившейся около часа. В последующем приступы повторялись 1-2 раза в месяц. Спустя полгода продолжительность приступов головной боли увеличилась и нарастала ее интенсивность. Затем она стала постоянной, периодически усиливаясь после сна, при физическом напряжении, кашле, чиханье, смехе, натуживании. Боль ощущается в глубине головы и носит распирающий характер. Иногда сопровождается рвотой, чаще утром, после сна, без предшествующей тошноты и неприятных ощущений в области живота. Несколько дней назад больной проснулся от сильной головной боли, почти ничего не видя. Спустя полчаса острота зрения постепенно восстановилась. Объективно: АД — 145/87 мм.рт. ст. Пульс 53 удара в минуту, ритм правильный. Острота зрения на оба глаза 0,7, не коррегируется линзами. Определяется левосторонняя гемианопсия с сохранным центральным полем зрения. Отечные диски соски зрительных нервов без атрофии. Зрачки хорошо реагируют на свет при освещении щелевой лампой поочередно обеих половин сетчатки. Двигательные, координаторные и чувствительные расстройства отсутствуют. Возник генерализованный судорожный припадок, которому предшествовали зрительные нарушения- яркое пятно в поле зрения. Анализ крови без патологии. Спинномозговая жидкость прозрачная бесцветная, белок — 1,2 г/л, цитоз — 6 в мкл. Температура 36,7°. Остеопороз спинки турецкого седла. Установить топический диагноз. Обосновать и сформулировать предварительный клинический диагноз. Провести дифференциальный диагноз.

Эталон ответа:

Клинические синдромы: внутричерепная гипертензия, левосторонняя корковая гемианопсия, парциальный зрительный эпилептический приступ с вторичной генерализацией.

Опухоль правой затылочной доли.

Задание 23

И., 38 лет, поскользнувшись, упал, ударился головой, на несколько минут потерял сознание. Придя в сознание, почувствовал сильную головную боль, головокружение, тошноту. Был немедленно госпитализирован. Объективно: АД —155/88 мм рт. ст. Пульс 54 удара в минуту, ритм правильный.

Определяется легкая ригидность мышц затылка. Глазное дно: начальные явления застоя сосков зрительных нервов. Опущен левый угол рта. Язык отклоняется влево. Сила левой руки несколько снижена. Сухожильные и надкостничные рефлексы слева выше, чем справа. Брюшные рефлексы слева снижены. Вызывается патологический рефлекс Бабинского слева. В стационаре у больного развился приступ тонической судороги левой кисти. Приступ продолжался три минуты, протекал без расстройства сознания. В ликворе единичные эритроциты, белок — 0,6 г/л, цитоз — 5 в мкл. На краниограмме патологии не обнаружено. Установить топический диагноз. Обосновать и сформулировать предварительный клинический диагноз. Провести дифференциальный диагноз.

Эталон ответа : Синдромы: менингеальный синдром, внутричерепная гипертензия, центральный левосторонний гемипарез, парциальные моторные судороги в левой кисти.

Топический диагноз: очаговое органическое поражение/раздражение правой лобной доли (прецентральной извилины).

Клинический диагноз: ушиб головного мозга средней степени тяжести._

Задание 24

Дочь привела на осмотр к неврологу свою 78летнюю мать, так как она последний год перестала выполнять обычную повседневную работу по дому, недавно забыла выключить газ на плите, а вчера ушла из дому, никого не предупредив, и была найдена на соседней улице через 2 часа. Со слов дочери в течении 5-6ти лет у мамы нарушилась с память, она начала терять интерес к окружающему миру. При осмотре врач обнаружил признаки псевдобульбарного синдрома и легкие нарушения равновесия. Поставьте предположительный диагноз. Назначьте обследование и лечение.

Эталон ответ: Сосудистая деменция.

Клинический анализ крови, БХ, коагулограмма, ЭКГ, КТ, МРТ.

Регулирование АД, анти-ХЭ препараты, дегидратационная терапия, вазоактивные препараты, нейропротекторы.

Задание 25

Больной 58 лет утром, жалуется на тремор в кистях рук и в ногах, быструю утомляемость, изменения речи, частые позывы на мочеиспускание, затруднение при подъеме с кресла. Подобные жалобы беспокоят последние 3 года. Из анамнеза известно, что пациент состоит на учете в городском эпилептическом центре и длительное время принимает противоэпилептическую терапию. Объективно: мелкоразмахистый тремор по типу «счета монет» в кистях, а также в ногах, уменьшающийся при движениях. Речь тихая, монотонная. При ходьбе отмечаются про-, ретропальсии. Тонус в конечностях повышен по экстрапирамидному типу. Топический и клинический диагноз? Причины возникновения болезни? Лечение?

Эталон ответа: Паркинсонизм. Препараты дофамина (леводопа, наком), центральные холинолитики (циклодол), антагонисты дофаминовых рецепторов (пропаран), психотерапия, лечебная физкультура.

ОПК-5

Задания закрытого типа. ВСЕГО 25 заданий

Задание 1. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Препарат первого выбора для лечения депрессии при болезни Паркинсона:

- A)Амитриптилин
- B)Сертралин
- C)Имипрамин
- D)Мапротилин

Эталон: B) Сертралин

Задание 2. Инструкция: Выберите один правильный ответ. При психозе у пациента с деменцией с тельцами Леви противопоказан:

- A)Кветиапин
- B)Рisperидон
- C)Клозапин
- D)Оланзапин

Эталон: B) Рisperидон

Задание 3. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Для лечения эмоциональной лабильности при рассеянном склерозе препарат выбора:

- A)Карбамазепин
- B)Декстрометорфан/хинидин
- C)Фенитоин
- D)Вальпроевая кислота

Эталон: B) Декстрометорфан/хинидин

Задание 4. Инструкция: Выберите один правильный ответ. При резистентной депрессии на фоне эпилепсии наиболее предпочтителен:

- A)Имипрамин
- B)Кломипрамин
- C)Сертралин
- D)Амитриптилин

Эталон: C) Сертралин

Задание 5. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Для лечения апатии при лобно-височной дегенерации может применяться:

- A)Лоразепам
- B)Галоперидол
- C)Метилфенидат
- D)Фенобарбитал

Эталон: C) Метилфенидат

Задание 6. Инструкция: Выберите один правильный ответ. При кататонии на фоне органического поражения мозга препарат выбора:

- A)Галоперидол
- B)Рisperидон
- C)Лоразепам
- D)Карбамазепин

Эталон: C) Лоразепам

Задание 7. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Для лечения обсессивно-компульсивного расстройства при синдроме Туретта предпочтительна комбинация:

- A)Рisperидон + Сертралин
- B)Галоперидол + Амитриптилин

- С)Клозапин + Имипрамин
- Д)Оланзапин + Мапротилин

Эталон: А) Рисперидон + Сертралин

Задание 8. Инструкция: Выберите один правильный ответ. При делирии у пациента с болезнью Паркинсона противопоказан:

- А)Кветиапин
- В)Галоперидол
- С)Оланзапин
- Д)Рисперидон

Эталон: В) Галоперидол

Задание 9. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Для лечения тремора при социальной фобии эффективен:

- А)Пропранолол
- В)Амитриптилин
- С)Диазепам
- Д)Феназепам

Эталон: А) Пропранолол

Задание 10. Инструкция: Выберите один правильный ответ. При психогенных не-эпилептических приступах тактика лечения:

- А)Назначение карбамазепина
- В)Увеличение дозы вальпроатов
- С)Отмена противоэпилептических препаратов
- Д)Добавление леветирацетама

Эталон: С) Отмена противоэпилептических препаратов

Задание 11. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Для лечения панических атак при вегетативной дистонии препарат выбора:

- А)Анаприлин
- В)Алпразолам
- С)Сертралин
- Д)Карбамазепин

Эталон: С) Сертралин

Задание 12. Инструкция: Выберите один правильный ответ. При биполярном расстройстве на фоне эпилепсии предпочтительны:

- А)Литий и карбамазепин
- В)Вальпроаты и ламотриджин
- С)Оланзапин и кветиапин
- Д)Рисперидон и галоперидол

Эталон: В) Вальпроаты и ламотриджин

Задание 13. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Для лечения инсомнии при деменции наиболее безопасен:

- А)Феназепам
- В)Золпидем
- С)Мелатонин
- Д)Нитразепам

Эталон: С) Мелатонин

Задание 14. Инструкция: Выберите один правильный ответ. При нервной анорексии с гипоталамической дисфункцией показан:

- А) Галоперидол
- В) Оланзапин
- С) Рисперидон
- Д) Трифтазин

Эталон: В) Оланзапин

Задание 15. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Для лечения хронической боли с депрессией оптимален:

- А) Пароксетин
- В) Дулоксетин
- С) Флувоксамин
- Д) Сертралин

Эталон: В) Дулоксетин

Задание 16. Инструкция: Выберите один правильный ответ. При синдроме беспокойных ног с тревогой применяют:

- А) Прамипексол
- В) Леводопа
- С) Бромокриптин
- Д) Периголид

Эталон: А) Прамипексол

Задание 17. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Для лечения ПТСР после ЧМТ препарат выбора:

- А) Алпразолам
- В) Клоназепам
- С) Сертралин
- Д) Феназепам

Эталон: С) Сертралин

Задание 18. Инструкция: Выберите один правильный ответ. При конверсионных расстройствах тактика лечения:

- А) Назначение антипсихотиков
- В) Психотерапия и физиотерапия
- С) Длительный курс бензодиазепинов
- Д) Назначение нормотимиков

Эталон: В) Психотерапия и физиотерапия

Задание 19. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Для лечения мании после ЧМТ противопоказан:

- А) Вальпроат
- В) Карбамазепин
- С) Литий
- Д) Ламотриджин

Эталон: С) Литий

Задание 20. Инструкция: Выберите один правильный ответ. При лечении депрессии кортикостероидами оптимален:

- А) Амитриптилин
- В) Имипрамин

- С)Сертралин
- Д)Кломипрамин

Эталон: С) Сертралин

Задание 21. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Для лечения агрессии при болезни Гентингтона применяют:

- А)Рisperидон
- В)Галоперидол
- С)Трифтазин
- Д)Галоперидол

Эталон: А) Рисперидон

Задание 22. Инструкция: Выберите один правильный ответ. При фармакорезистентной депрессии у пациента с РС рассматривают:

- А)Транскраниальную магнитную стимуляцию
- В)Глубокую стимуляцию мозга
- С)Электросудорожную терапию
- Д)Стимуляцию блуждающего нерва

Эталон: С) Электросудорожную терапию

Задание 23. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Для лечения импульсивности при лобной эпилепсии предпочтителен:

- А)Фенитоин
- В)Вальпроат
- С)Этосуксимид
- Д)Леветирацетам

Эталон: В) Вальпроат

Задание 24. Инструкция: Выберите один правильный ответ. При лечении зависимости от бензодиазепинов тактика:

- А)Резкая отмена
- В)Медленное снижение дозы
- С)Замена на барбитураты
- Д)Назначение антипсихотиков

Эталон: В) Медленное снижение дозы

Задание 25. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Для лечения сексуальных нарушений при приеме СИОЗС оптимален:

- А)Переход на миртазапин
- В)Добавление бупропиона
- С)Назначение диазепама
- Д)Увеличение дозы СИОЗС

Эталон: В) Добавление бупропиона

Задания открытого типа. ВСЕГО 75 заданий

Ситуационные задачи:

Задание 1

Пациент 68 лет с болезнью Паркинсона получает леводопу и прамипексол. В течение последнего месяца отмечает яркие зрительные галлюцинации (видит незнакомых людей в комнате), эпизоды ночной дезориентации. При осмотре: умеренный тремор покоя, брадикинезия. Когнитивные нарушения легкой степени.

1. Разработайте тактику коррекции терапии
2. Обоснуйте выбор психотропного препарата
3. Определите параметры контроля эффективности и безопасности

Эталон:

3. Тактика коррекции терапии:

- Поэтапное снижение дозы прамипексола (агонист дофаминовых рецепторов) на 25% в неделю
- При сохранении психоза – добавление атипичного антипсихотика
- Мониторинг двигательных функций при снижении дофаминергической терапии

4. Выбор психотропного препарата:

- Препарат выбора: кветиапин 12,5-25 мг на ночь
- Альтернатива: клозапин 6,25-12,5 мг/сут
- Обоснование: минимальное влияние на экстрапирамидную симптоматику, доказанная эффективность при психозах при болезни Паркинсона

5. Параметры контроля:

- Эффективность: частота и выраженность галлюцинаций (шкала NPI), качество сна
- Безопасность: оценка двигательных функций (UPDRS-III), уровень седации, контроль массы тела, глюкозы крови и липидов

Задание 2

Женщина 62 лет, 3 месяца после ишемического инсульта в левой лобно-височной области. Жалуется на апатию, ангедонию, нарушение памяти. По шкале Монреальской когнитивной оценки (MoCA) – 18 баллов. В неврологическом статусе: легкий правосторонний гемипарез.

1. Назначить антидепрессант с обоснованием выбора
2. Определить стратегию контроля эффективности
3. Указать параметры безопасности терапии

Эталон:

51. Выбор антидепрессанта:

- Препарат: эсциталопрам 5 мг/сут с увеличением до 10 мг/сут через неделю
- Обоснование: минимальное лекарственное взаимодействие, благоприятный профиль побочных эффектов, доказанная эффективность при постинсультной депрессии

52. Контроль эффективности:

- Шкалы: HAMD-17, шкала апатии, MoCA – оценка каждые 4 недели
- Целевые показатели: снижение баллов по HAMD на $\geq 50\%$ от исходного через 8 недель
- Критерии неэффективности: отсутствие улучшения через 4-6 недель терапии адекватными дозами

53. Параметры безопасности:

- ЭКГ-мониторинг (особенно у пациентов с сердечно-сосудистой патологией)
- Концентрация натрия крови (риск гипонатриемии у пожилых)
- Оценка падений, ортостатической гипотензии

Задание 3

Пациент 76 лет с умеренной деменцией (болезнь Альцгеймера). Получает донепезил 10 мг/сут. В последние 2 недели отмечаются агрессия, беспокойство, бродяжничество в вечернее время. Родственники не справляются с уходом.

1. Определить терапевтическую тактику

2. Назначить корректирующую терапию
3. Установить параметры мониторинга

Эталон:

- Терапевтическая тактика:
 - Оценка соматического статуса (исключение делирия)
 - Немедикаментозные методы (структурирование режима дня, музыкальная терапия)
 - При неэффективности – добавление психотропного препарата
- Корректирующая терапия:
 - Препарат выбора: рисперидон 0,25-0,5 мг/сут
 - Схема: однократный прием за 2 часа до времени обострения симптомов
 - Курс: не более 6-8 недель с последующей попыткой отмены
- Параметры мониторинга:
 - Эффективность: шкала NPI, частота эпизодов агрессии
 - Безопасность: экстрапирамидные симптомы (шкала SAS), артериальное давление, гликемия
 - Особый контроль: оценка риска цереброваскулярных осложнений

Задание 4

Мужчина 35 лет с височной эпилепсией.Получает карбамазепин 800 мг/сут. Приступы контролируются. Обратился с жалобами на снижение настроения, апатию, суицидальные мысли. По шкале Бека – 28 баллов.

1. Выбрать антидепрессант с учетом основного заболевания
2. Обосновать безопасность выбора
3. Определить план наблюдения

Эталон:

- Выбор антидепрессанта:
 - Препарат: сертралин 25 мг/сут с титрацией до 50-100 мг/сут
 - Обоснование: минимальное влияние на судорожный порог, благоприятный профиль взаимодействия с карбамазепином
- Безопасность терапии:
 - Начало терапии с низких доз под тщательным наблюдением
 - Информирование пациента о риске активации в первые недели лечения
 - Мониторинг суицидальных мыслей особенно в первый месяц терапии
- План наблюдения:
 - Неврологический: частота приступов, ЭЭГ-мониторинг
 - Психиатрический: шкала Бека каждые 2 недели, оценка суицидального риска
 - Лабораторный: концентрация карбамазепина в плазме (риск взаимодействия)

Задание 5

Женщина 45 лет с ремиттирующим рассеянным склерозом.Получает интерферон бета-1a. В течение 2 месяцев отмечает выраженную астению, лабильность настроения, плаксивость. По шкале депрессии Бека – 24 балла.

1. Назначить терапию аффективных нарушений
2. Оценить связь с основной терапией
3. Определить параметры контроля

Эталон:

Терапия аффективных нарушений:

- Препарат: дулоксетин 30 мг/сут с увеличением до 60 мг/сут

- Обоснование: эффективность при депрессии с соматическими симптомами, дополнительный эффект при нейропатической боли

Оценка связи с терапией:

- Интерфероны могут индуцировать депрессивные расстройства
- Необходимость дифференциальной диагностики между реакцией на болезнь и ятрогенным эффектом
- Рассмотреть вопрос о смене ПИТРС при некупируемой депрессии

Параметры контроля:

- Эффективность: шкалы депрессии и усталости (FSS)
- Безопасность: АД, частота сердечных сокращений (возможные эффекты СИОЗСН)
- Неврологический мониторинг: активность заболевания по шкале EDSS, МРТ-динамика

Задание 6

Мужчина 58 лет с болезнью Паркинсона. На фоне приема прамипексола 3 мг/сут появилась патологическая склонность к азартным играм, трата крупных сумм денег. Родственники жалуются также на гиперсексуальность. Двигательные симптомы хорошо контролируются.

1. Определите тактику коррекции терапии.
2. Назначьте лечение поведенческих нарушений.
3. Определите параметры контроля эффективности и безопасности.

Эталон:

1. Тактика: Снижение дозы/отмена агониста дофаминовых рецепторов (прамипексола) с переводом на леводопу или ингибиторы МАО-Б.
2. Лечение: При сохранении симптомов – низкие дозы арипипразола 2-5 мг/сут. Психотерапия (КПТ).
3. Контроль: Оценка по шкале QUIP, контроль двигательных симптомов (UPDRS), мониторинг поведения.

Задание 7

Девушка 22 лет с идиопатической генерализованной эпилепсией. На фоне приема топирамата 200 мг/сут развилась острая параноидная симптоматика: бред преследования, слуховые галлюцинации. Приступы контролируются.

1. Определите причину осложнения.
2. Назначьте корректирующую терапию.
3. Установите параметры мониторинга.

Эталон:

1. Причина: Психотогенный эффект топирамата.
2. Терапия: Замена топирамата на леветирацетам. При острых психотических симптомах – рисперидон 2-4 мг/сут.
3. Мониторинг: Частота приступов, психический статус, ЭЭГ.

Задание 8

Пациент 65 лет, 2 месяца после ишемического инсульта в правой височной доле. Отмечает выраженную тревогу, панические атаки, нарушение сна. Отказывается от реабилитации.

1. Назначьте терапию тревожных нарушений.
2. Обоснуйте выбор препарата.
3. Определите критерии эффективности.

Эталон:

1. Терапия: Эсциталопрам 5 мг/сут + кратковременный курс клоназепама 0,5 мг на ночь.

2. Обоснование: СИОЗС – препараты первого выбора при постинсультной тревоге, бензодиазепины – для быстрого купирования симптомов.
3. Критерии: Шкала HADS, качество сна, compliance к реабилитации.

Задание 9

Пациент 45 лет с генетически подтвержденной болезнью Гентингтона. На фоне хореических гиперкинезов отмечаются эпизоды агрессии, раздражительность, дисфория.

1. Назначьте корректирующую терапию.
2. Обоснуйте выбор препаратов.
3. Определите параметры безопасности.

Эталон:

1. Терапия: Рисперидон 2-4 мг/сут + вальпроевая кислота 600 мг/сут.
2. Обоснование: Атипичные антипсихотики контролируют как гиперкинезы, так и поведенческие нарушения.
3. Безопасность: Контроль экстрапирамидных симптомов, массы тела, биохимических показателей.

Задание 10

Женщина 35 лет с рассеянным склерозом. На фоне терапии глатирамером развилась выраженная депрессия с апатией, ангедонией. По шкале Бека – 32 балла.

1. Назначьте антидепрессант.
2. Обоснуйте выбор.
3. Определите план наблюдения.

Эталон:

1. Препарат: Венлафаксин 75 мг/сут.
2. Обоснование: Эффективность при депрессии с астенией, дополнительный эффект при нейропатической боли.
3. Наблюдение: Шкалы депрессии, контроль АД, оценка неврологического статуса.

Задание 11

Пациент 50 лет, через 6 месяцев после тяжелой ЧМТ. Отмечается эмоциональная лабильность, насильственный плач, раздражительность. Когнитивные нарушения умеренные.

1. Назначьте терапию.
2. Определите критерии эффективности.
3. Установите сроки контроля.

Эталон:

1. Терапия: Циталопрам 20 мг/сут + низкие дозы вальпроевой кислоты.
2. Критерии: Частота эпизодов аффективной лабильности, оценка родственниками.
3. Сроки: Первая оценка через 2 недели, коррекция через 4 недели.

Задание 12

Пациентка 80 лет с умеренной деменцией. На фоне мемантина отмечается усиление тревоги, агитация, нарушения сна. По шкале NPI – выраженные показатели по тревоге.

1. Скорректируйте терапию.
2. Обоснуйте выбор.
3. Определите параметры мониторинга.

Эталон:

1. Коррекция: Добавление сертралина 25 мг/сут, при необходимости – низкие дозы trazodone на ночь.

2. Обоснование: СИОЗС эффективны при тревоге у пожилых, минимальные холинолитические эффекты.
3. Мониторинг: Поведенческие симптомы, качество сна, переносимость.

Задание 13

Мужчина 40 лет с эссенциальным тремором рук. Из-за тремора избегает социальных ситуаций, отмечает тревогу при необходимости писать или есть в обществе.

1. Назначьте комплексное лечение.
2. Обоснуйте выбор препаратов.
3. Определите критерии эффективности.

Эталон:

1. Лечение: Пропранолол 40-80 мг/сут + пароксетин 20 мг/сут.
2. Обоснование: β -блокаторы уменьшают тремор, СИОЗС эффективны при социальной фобии.
3. Критерии: Выраженность тремора, уровень социальной адаптации.

Задание 14

Женщина 30 лет с хронической мигренью. Головные боли 15 дней в месяц. Также отмечает снижение настроения, апатию. По шкале HADS – депрессия 14 баллов.

1. Назначьте профилактическую терапию.
2. Обоснуйте выбор.
3. Определите параметры контроля.

Эталон:

1. Терапия: Венлафаксин 75 мг/сут или амитриптилин 25-50 мг/сут.
2. Обоснование: Препараты эффективны как для профилактики мигрени, так и для лечения депрессии.
3. Контроль: Количество дней с головной болью, показатели депрессии, переносимость.

Задание 15

Пациент 60 лет с диабетической полинейропатией. Жалуется на жгучие боли в ногах, нарушение сна. Также отмечает подавленное настроение, снижение интересов.

1. Назначьте комплексную терапию.
2. Обоснуйте выбор препаратов.
3. Определите план наблюдения.

Эталон:

1. Терапия: Дулоксетин 60 мг/сут + габапентин 900 мг/сут.
2. Обоснование: Дулоксетин и габапентин эффективны при нейропатической боли, дулоксетин обладает антидепрессивным действием.
3. Наблюдение: Интенсивность боли по ВАШ, шкалы депрессии, контроль побочных эффектов.

Задание 16

Мужчина 65 лет с болезнью Паркинсона. На фоне приема леводопы двигательные симптомы умеренные. Родственники отмечают выраженную апатию, ангедонию, снижение мотивации. По шкале госпитальной тревоги и депрессии (HADS) – депрессия 16 баллов.

1. Какой антидепрессант предпочтителен и почему?
2. Как дифференцировать депрессию от апатии при болезни Паркинсона?
3. Какие параметры и с помощью каких шкал вы будете контролировать?

Эталон:

1. Препарат выбора: Сертралин или Венлафаксин. Обоснование: хорошая эффективность при сочетании депрессии и апатии, минимальное лекарственное взаимодействие.
2. Дифференциация: При депрессии преобладает подавленное настроение, чувство вины. При апатии – отсутствие мотивации и эмоций при относительно сохранном настроении.
3. Контроль: Шкала HADS, Шкала апатии (AES), UPDRS-I (для ментальных функций). Оценка каждые 4-6 недель.

Задание 17

Девушка 28 лет с фокальной эпилепсией. Приступы контролируются топираматом 200 мг/сут. В течение 3 месяцев отмечает резкое снижение веса, апатию, трудности с концентрацией внимания и суицидальные мысли.

1. Ваша тактика ведения пациента?
2. Какой антидепрессант выберете и почему?
3. Как будете контролировать безопасность терапии?

Эталон:

1. Тактика: Снижение дозы или замена топирамата (известного провокатора депрессии) на ламотриджин или леветирацетам. Одновременное начало терапии антидепрессантом.
2. Выбор АД: Сертралин или Циталопрам. Обоснование: минимальное влияние на судорожный порог, хороший профиль безопасности.
3. Безопасность: Контроль суицидальных мыслей в первые недели, ЭЭГ-мониторинг, оценка частоты приступов.

Задание 18

Женщина 55 лет, 4 месяца после ишемического инсульта в левой лобной доле. Выраженная тревога, панические атаки, страх повторного инсульта, ипохондрическая фиксация. На реабилитацию соглашается с трудом.

1. Назначьте план фармакотерапии.
2. Какие немедикаментозные методы предложите?
3. Как оценить эффективность лечения?

Эталон:

1. Терапия: Эсциталопрам 10 мг/сут. Для купирования острых приступов тревоги – кратковременный курс алпразолама.
2. Немедикаментозные методы: Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), обучение техникам релаксации.
3. Оценка эффективности: Шкала HADS (тревога), учет частоты панических атак, повышение приверженности реабилитации.

Задание 19

Пациент 78 лет с деменцией альцгеймеровского типа. На фоне приема донепезила появился бред ущерба: обвиняет жену в воровстве, прячет вещи. Ночью дезориентирован, агрессивен.

1. Ваша тактика коррекции терапии?
2. Какой антипсихотик предпочтете и в какой дозе?
3. Параметры контроля эффективности и безопасности?

Эталон:

1. Тактика: Добавление атипичного антипсихотика. Рассмотреть возможность добавления мемантина.

2. Препарат: Рисперидон 0,25-0,5 мг/сут или Кветиапин 12,5-25 мг/сут. Начинать с минимальной дозы.
3. Контроль: Шкала NPI (нейропсихиатрический опросник). Безопасность: оценка экстрапирамидных симптомов, риска падений, уровня глюкозы и липидов.

Задание 20

Пациентка 40 лет с вторично-прогрессирующим рассеянным склерозом. Беспокоят частые, неконтролируемые эпизоды насильственного плача и смеха, неадекватные ситуации. Выраженно снижают качество жизни.

1. Назначьте терапию.
2. Обоснуйте механизм действия препарата.
3. Критерии эффективности лечения?

Эталон:

1. Терапия: Амантадин 100 мг 2 раза в день или Декстрометорфан/Хинидин по стандартной схеме.
2. Механизм: Препараты модулируют глутаматергическую и дофаминергическую передачу, нормализуя работу корково-подкорковых circuits.
3. Критерии: Снижение частоты и выраженности эпизодов по шкале CNS-LS.

Задание 21

Женщина 35 лет с хронической мигренью (15 дней с головной болью в месяц). Также отмечает постоянную тревогу, мышечное напряжение, нарушения сна. Злоупотребляет препаратами с ибупрофеном.

1. Назначьте профилактическую терапию.
2. Как справиться с абзусной головной болью?
3. План контроля эффективности?

Эталон:

1. Профилактика: Топирамат или Венлафаксин. Обоснование: эффективны для профилактики мигрени и купирования тревоги.
2. Абзус: Поэменная отмена обезболивающих, возможно, курс кортикостероидов для купирования рикошетной боли.
3. Контроль: Дни с головной болью в месяц, расход анальгетиков, показатели по шкале HADS.

Задание 22

Пациент 48 лет с болезнью Гентингтона. На фоне прогрессирования хореических гиперкинезов учащаются эпизоды вербальной и физической агрессии, раздражительность, дисфория.

1. Ваша терапевтическая тактика?
2. Какие препараты и комбинации предпочтете?
3. Меры безопасности для пациента и окружающих?

Эталон:

1. Тактика: Назначение атипичных антипсихотиков для контроля как гиперкинезов, так и поведения.
2. Препараты: Оланзапин 5-10 мг/сут или Рисперидон 2-4 мг/сут. При необходимости добавить Вальпроовую кислоту.
3. Безопасность: Обеспечение безопасной среды, информирование родственников, мониторинг побочных эффектов (седация, экстрапирамидные расстройства).

Задание 23

Ветер боевых действий, 45 лет. Бессонница, флешбэки, гипервозбуждение. Головные боли напряжения почти ежедневно. Отмечает постоянную тревогу и раздражительность.

1. Назначьте комплексное лечение.
2. Роль психотерапии в лечении?
3. Как оценить эффективность терапии ПТСР?

Эталон:

1. Лечение: СИОЗС (Сертралин/Пароксетин) – препараты первого выбора при ПТСР. Для головной боли – амитриптилин, который также улучшает сон.
2. Психотерапия: Ключевой метод (ТОП, КПТ, ДПДГ). Направлена на проработку травмы.
3. Оценка: Шкалы PCL-5 (для ПТСР), HADS, интенсивность и частота головной боли.

Задание 24

Пациент 70 лет с нейропатической болью при невралгии тройничного нерва. Из-за страха спровоцировать боль отказывается от еды, бритья, умывания. Развилась выраженная тревога ожидания.

1. Назначьте лечение болевого синдрома.
2. Как купировать тревожно-фобический компонент?
3. Параметры контроля эффективности?

Эталон:

1. Боль: Карбамазепин или Окскарбазепин – препараты первого выбора. При неэффективности – Габапентин.
2. Тревога: СИОЗС (Эсциталопрам). Кратковременно – бензодиазепины перед процедурами. Психотерапия.
3. Контроль: Интенсивность боли по ВАШ, частота приступов, уровень тревоги по шкалам, восстановление повседневной активности.

Задание 25

Пациент 75 лет с деменцией с тельцами Леви. Выраженные когнитивные колебания, зрительные галлюцинации, паркинсонизм. На фоне приема леводопы галлюцинации усилились.

1. Как скорректировать терапию?
2. Какой антипсихотик относительно безопасен?
3. Принципы мониторинга состояния?

Эталон:

1. Коррекция: Снижение дозы леводопы до минимально эффективной. Назначение Ингибитора холинэстеразы (Ривастигмин) – может улучшить и когниции, и психоз.
2. Антипсихотик: Только Клозапин или Кветиапин в низких дозах. Типичные нейролептики строго противопоказаны.
3. Мониторинг: Когнитивный статус (MMSE), выраженность психоза (NPI), двигательные функции (UPDRS), переносимость терапии.

Вопросы для собеседования

1. У пациента с болезнью Паркинсона и клинически значимой депрессией. Какие антидепрессанты предпочтительны и почему? Какие параметры нужно контролировать в первые 8 недель терапии?

Эталон:

- Препараты выбора: СИОЗС (например, сертралин, эсциталопрам) и СИОЗСН (венлафаксин). Они реже вызывают холинергические побочные эффекты (ортостатическую гипотензию, спутанность) по сравнению с трициклическими антидепрессантами.

- Контроль в первые 8 недель:

- Эффективность: Оценка по шкалам депрессии (например, HAMD-17, шкала Монтгомери-Асберга) и апатии (Шкала апатии Старка).

- Безопасность: Мониторинг двигательных функций (UPDRS-III), так как возможна временная легкая активация тремора; контроль ортостатической гипотензии; оценка желудочно-кишечных побочных эффектов (тошнота).

2. У пациента с височной эпилепсией развилась депрессия на фоне приема топирамата. Какой антидепрессант выберете и почему? Как будете контролировать безопасность терапии?

Эталон:

- Препарат выбора: Сертралин или Циталопрам.

- Обоснование: СИОЗС имеют самый низкий про-конвульсивный риск среди антидепрессантов. Также следует рассмотреть вопрос о снижении дозы или замене топирамата (который сам может вызывать депрессию) на препарат с более благоприятным нейropsychиатрическим профилем (например, ламотриджин).

- Контроль безопасности: Регулярный ЭЭГ-мониторинг, тщательный учет частоты и характера приступов, контроль суицидальных мыслей в начале терапии.

3. Каков алгоритм выбора антидепрессанта при постинсультной депрессии? Какие шкалы и с какой периодичностью использовать для оценки эффективности?

Эталон:

- Алгоритм: Стартовая терапия — СИОЗС (эсциталопрам, сертралин). Они обладают не только антидепрессивным, но и нейропротективным и анксиолитическим действием, а также способствуют нейропластичности.

- Оценка эффективности:

- Шкалы: Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), Шкала депрессии Бека.

- Периодичность: Первая оценка через 2-4 недели, затем каждые 4 недели до достижения ремиссии. Цель — снижение баллов по шкале на $\geq 50\%$ от исходного уровня через 8 недель.

4. У пациента с болезнью Альцгеймера появились угрожающие галлюцинации и бред. Какие антипсихотики предпочтительны? Какие параметры безопасности требуют особого контроля?

Эталон:

- Препараты выбора: Атипичные антипсихотики в минимальных эффективных дозах: рисперидон (0,25-0,5 мг/сут) или кветиапин (12,5-25 мг/сут). Курс должен быть максимально коротким.

- Контроль безопасности:

- Неврологический: Оценка экстрапирамидных симптомов (шкала SAS), риска падений, седации.

- Соматический: Мониторинг артериального давления, частоты сердечных сокращений, уровня глюкозы и липидов.

- Когнитивный: Оценка возможного ухудшения когнитивных функций.

5. Какие особенности терапии депрессии у пациентов с рассеянным склерозом? Как взаимодействуют антидепрессанты с ПИТРС?

Эталон:

- Особенности: Депрессия при РС часто резистентна и сочетается с астенией и когнитивными нарушениями. Препараты выбора — СИОЗС (флуоксетин, сертралин) и СИОЗСН (венлафаксин, дулоксетин), последний особенно показан при коморбидной нейропатической боли.
- Взаимодействие: Сертралин и эсциталопрам имеют низкий потенциал лекарственных взаимодействий с большинством ПИТРС. Необходимо соблюдать осторожность при комбинации с интерферонами, которые сами могут индуцировать депрессию.

6. Какие препараты для профилактической терапии мигрени обладают одновременно анксиолитическим действием? Как оценить эффективность терапии через 3 месяца?

Эталон:

- Препараты:
 1. Антидепрессанты: Амитриптилин (25-75 мг/сут), Венлафаксин (75-150 мг/сут).
 2. Антikonвульсанты: Топирамат (хотя сам может вызывать тревогу у некоторых пациентов), вальпроевая кислота.
- Оценка эффективности через 3 месяца:
 - По мигрени: Снижение количества дней с головной болью в месяц на $\geq 50\%$.
 - По тревоге: Снижение баллов по шкале HADS-тревога.
 - Общее: Уменьшение употребления abortивных препаратов (обезболивающих).

7. Какие препараты первого выбора при нейропатической боли с коморбидной депрессией? Как титровать дозы и контролировать эффективность?

Эталон:

- Препараты 1-й линии: Дулоксетин (60-120 мг/сут) или Амитриптилин (25-75 мг/сут). Оба обладают двойным действием.
- Титрование:
 - Дулоксетин: Начало с 30 мг/сут, увеличение до 60 мг через 1 неделю.
 - Амитриптилин: Начало с 10-25 мг на ночь, увеличение на 10-25 мг каждые 5-7 дней до достижения эффекта.
- Контроль эффективности: Оценка интенсивности боли по ВАШ (визуальная аналоговая шкала) и уровня депрессии по шкале Бека.

8. Какая тактика лечения ажитации и агрессии при болезни Гентингтона? Какие комбинации препаратов наиболее эффективны?

Эталон:

- Тактика: Назначение атипичных антипсихотиков — это основа терапии, так как они подавляют как хореические гиперкинезы, так и поведенческие нарушения.
- Препараты и комбинации:
 - Препарат выбора: Рисперидон (2-4 мг/сут) или оланзапин (5-10 мг/сут).
 - При резистентности: Комбинация с вальпроевой кислотой (600-1200 мг/сут) или бензодиазепинами (клоназепам) для ситуационного контроля.

9. Какие препараты эффективны для лечения эмоциональной лабильности после ЧМТ? Какие критерии эффективности терапии?

Эталон:

- Препараты:
 1. Антидепрессанты: СИОЗС (сертралин, флуоксетин).
 2. Нормотимики: Вальпроевая кислота, ламотриджин.

3. Комбинация СИОЗС с низкими дозами арипипразола может быть эффективна при резистентности.

· Критерии эффективности: Снижение частоты и интенсивности эпизодов непроизвольного плача/смеха, улучшение социального функционирования, субъективная оценка пациента и родственников.

10. Какие особенности терапии психотических нарушений при деменции с тельцами Леви? Почему некоторые антипсихотики строго противопоказаны?

Эталон:

· Особенности терапии: Препаратом первого выбора являются ингибиторы холинэстеразы (ривастигмин), которые могут уменьшать как психоз, так и когнитивные колебания. При их неэффективности — крайне осторожное назначение кветиапина или клозапина.

· Противопоказания: Типичные антипсихотики (галоперидол) и сильные атипичные (рисперидон) строго противопоказаны из-за риска развития тяжелых экстрапирамидных реакций, резкого ухудшения паркинсонизма и возможного летального исхода (повышенная чувствительность к дофаминблокирующим средствам).

11. Каковы современные подходы к лечению псевдобульбарного аффекта (ПБА) у пациентов с рассеянным склерозом или после инсульта?

Эталон:

· Подходы:

1. Препарат первого выбора: Комбинация декстрометорфана и хинидина (Nuedexta). Декстрометорфан — антагонист NMDA-рецепторов, хинин ингибирует его метаболизм.

2. Альтернативы: Амантадин (100 мг 2-3 раза/сут), СИОЗС (флуоксетин, сертралин).

· Механизм: Препараты модулируют глутаматергическую и серотонинергическую передачу в стволе мозга и мозжечке.

12. У пациента на фоне приема агонистов дофаминовых рецепторов развилась патологическая игромания. Какова тактика ведения?

Эталон:

· Тактика:

1. Снижение дозы или отмена агониста дофаминовых рецепторов (основной триггер) с переводом на монотерапию леводопой или добавление ингибиторов МАО-Б/КОМТ.

2. При сохранении симптомов — назначение атипичных антипсихотиков (арипипразол).

3. Обязательное направление к психотерапевту (КПТ).

13. Как дифференцировать панические атаки от пароксизмальных вегетативных нарушений при височной эпилепсии и каковы подходы к лечению?

Эталон:

· Дифференциация: При височной эпилепсии "паника" стереотипна, кратковременна (1-2 мин), может сопровождаться нарушением сознания, автоматизмами и постприступной спутанностью. Подтверждается ЭЭГ-видеомониторингом.

· Лечение:

· При эпилепсии — противосудорожные препараты (леветирацетам, карбамазепин).

· При паническом расстройстве — СИОЗС и психотерапия.

14. Какие препараты можно рассмотреть для лечения выраженной апатии при лобно-височной дегенерации?

Эталон:

· Препараты:

1. Ингибиторы холинэстеразы (галантамин, ривастигмин) — могут быть умеренно эффективны.
2. Стимуляторы дофаминергической системы: Амантадин, Метилфенидат (офф-лейбл, с осторожностью).
3. Антидепрессанты с активирующим эффектом: Бупропион, флуоксетин.

15. Каковы безопасные подходы к лечению инсомнии у пациента с болезнью Паркинсона и деменцией?

Эталон:

· Подходы:

1. Коррекция режима: Строгий режим сна, ограничение дневного сна, светотерапия.
2. Фармакотерапия: Мелатонин (препарат выбора). Тразодон (25-50 мг) — при неэффективности.
3. Избегать: Бензодиазепины и Z-гипнотики (высокий риск спутанности, падений, парадоксальных реакций).

16. Каковы стратегии лечения резистентной к СИОЗС депрессии у пациента с эпилепсией?

Эталон:

· Стратегии:

1. Смена класса антидепрессанта: на СИОЗСН (дулоксетин, венлафаксин).
2. Добавление нормотимика: Ламотриджин (также обладает антидепрессивными свойствами).
3. Добавление атипичного антипсихотика: Арипипразол или кветиапин в низких дозах.
4. Рассмотреть электросудорожную терапию (ЭСТ) — высокоэффективна и безопасна при эпилепсии.

17. У пациента с сосудистой деменцией и мультиинфарктным поражением лобных долей развилась ажитация и расторможенность. Ваша тактика?

Эталон:

· Тактика:

1. Немедикаментозные методы: Структурирование среды, устранение триггеров.
2. Фармакотерапия: Карбамазепин (200-400 мг/сут) или вальпроевая кислота — препараты первого выбора при фронтальной дисфункции. Атипичные антипсихотики (рисперидон) — второй выбор.

18. У пациента после перенесенного герпетического энцефалита появились обсессии и компульсии. Какое лечение предложите?

Эталон:

· Лечение:

1. Антидепрессанты: Кломипрамин или СИОЗС (флуоксетин, сертралин) в высоких терапевтических дозах.
2. Антипсихотики: При резистентности — добавление низких доз антипсихотика (рисперидон).
3. Психотерапия: КПТ с экспозицией и предотвращением реакции, адаптированная под когнитивный дефицит.

19. Каковы особенности диагностики и лечения кататонии, развившейся на фоне объемного образования лобной доли?

Эталон:

· Диагностика: Тест на lorazepam (в/в введение 1-2 мг лоразепама приводит к временному разрешению симптомов).

· Лечение:

1. Бензодиазепины (лоразепам) — препараты первого выбора.
2. При неэффективности — ЭСТ.
3. Лечение основного заболевания (опухоль) обязательно. Антипсихотики противопоказаны (могут ухудшить состояние).

20. Какие препараты с доказанной эффективностью при фибромиалгии обладают положительным влиянием на сопутствующие тревожно-депрессивные расстройства?

Эталон:

· Препараты:

1. Антидепрессанты: Дулоксетин (ингибитор обратного захвата серотонина и норадреналина) и Милнаципран.
2. Антиконвульсанты: Прегабалин.

· Эффект: Данные препараты уменьшают хроническую боль, нормализуют сон и снижают выраженность тревоги и депрессии, воздействуя на центральную сенситизацию.

21. Каковы особенности выбора антидепрессанта при болезни Паркинсона?

Эталон: Предпочтительны СИОЗС (пароксетин, эсциталопрам) и СИОЗСН (венлафаксин). Следует избегать антихолинэргических препаратов (амитриптилин) из-за риска когнитивных нарушений. Контроль: оценка двигательных симптомов (UPDRS), когнитивных функций, ортостатической гипотензии.

22. Как лечить агрессию и ажитацию при болезни Альцгеймера?

Эталон: Первая линия – немедикаментозные методы. При неэффективности – атипичные антипсихотики (рисперидон 0,25-1 мг/сут) коротким курсом. Контроль: экстрапирамидные симптомы, уровень глюкозы, липидов, оценка по шкале NPI.

23. Какой подход к терапии тревоги при РС?

Эталон: СИОЗС (сертралин, эсциталопрам) + психотерапия. При резистентности – добавление низких доз кветиапина. Контроль: уровень тревоги по шкале HADS, переносимость терапии.

24. Как лечить апатию после черепно-мозговой травмы?

Эталон: Амантадин 100-300 мг/сут или метилфенидат 10-20 мг/сут. Контроль: шкала апатии, когнитивные функции, ЭКГ.

25. Как безопасно лечить психоз при ДТЛ?

Эталон: Ингибиторы холинэстеразы (ривастигмин) – первая линия. При неэффективности – кветиапин 12,5-50 мг/сут. Избегать типичных антипсихотиков!

26. Как лечить ОКР при поражении базальных ганглиев?

Эталон: СИОЗС (флуоксетин, сертралин) в высоких дозах + КПТ. При резистентности – добавление атипичных антипсихотиков.

27. Как купировать насильственный плач/смех?

Эталон: Препараты выбора: декстрометорфан/хинидин или СИОЗС. Контроль: частота эпизодов, переносимость.

28. Как безопасно лечить нарушения сна?

Эталон: Мелатонин 3-5 мг, тразадон 25-50 мг. Избегать бензодиазепинов!

29. Как лечить хроническую боль с коморбидной депрессией?

Эталон: Дулоксетин 60-120 мг/сут или амитриптилин 25-75 мг/сут. Контроль: ВАШ, шкалы депрессии.

30. Как лечить кататонию при органическом поражении ЦНС?

Эталон: Лоразепам 1-2 мг в/в (лоразепамовый тест), при неэффективности – ЭСТ.

31. Как купировать маниакальное состояние после ЧМТ?

Эталон: Нормотимики (вальпроаты, карбамазепин), атипичные антипсихотики. Избегать лития (нейротоксичность).

32. Как лечить импульсивность при лобной эпилепсии?

Эталон: Вальпроаты, карбамазепин + поведенческая терапия. При агрессии – низкие дозы рisperидона.

33. Как лечить фобии при вестибулярной дисфункции?

Эталон: СИОЗС + экспозиционная терапия. Кратковременно – бета-блокаторы перед триггерными ситуациями.

34. Как лечить психогенные неэпилептические приступы?

Эталон: Психотерапия (КПТ) + СИОЗС. Важно – полное исключение противоэпилептических препаратов!

35. Как лечить делирий у неврологического пациента?

Эталон: Устранение причины + галоперидол 0,5-2 мг в/в или перорально. При болезни Паркинсона – кветиапин.

36. Как лечить анорексию при гипоталамическом синдроме?

Эталон: Оланзапин 2,5-10 мг/сут + нутритивная поддержка + психотерапия.

37. Как лечить психоз при височной эпилепсии?

Эталон: Коррекция противоэпилептической терапии + атипичные антипсихотики (рисперидон, оланзапин).

38. Как лечить тики с коморбидным ОКР?

Эталон: Арипипразол 5-15 мг/сут или рисперидон + СИОЗС при ОКР.

39. Как лечить депрессию при послеродовом тиреоидите?

Эталон: СИОЗС (сертралин) + коррекция гормонального статуса. Контроль функции щитовидной железы.

40. Как лечить социальную фобию при эссенциальном треморе?

Эталон: Пропранолол 20-40 мг + СИОЗС (пароксетин) + психотерапия.

41. Как лечить ПТСР после ЧМТ?

Эталон: СИОЗС (сертралин, пароксетин) + тразадон при инсомнии + психотерапия (ДП-ДГ).

42. Как лечить резистентную депрессию при РС?

Эталон: Смена антидепрессанта → добавление атипичного антипсихотика → рассмотреть ЭСТ.

43. Как лечить БАР при эпилепсии?

Эталон: Вальпроаты, карбамазепин. Осторожно с литием! Атипичные антипсихотики – препараты выбора.

44. Как дифференцировать и лечить панические атаки при височной эпилепсии?

Эталон: ЭЭГ-мониторинг. При эпилепсии – противоэпилептические препараты, при паническом расстройстве – СИОЗС + алпразолам.

45. Как проводить отмену бензодиазепинов у неврологического пациента?

Эталон: Медленное снижение дозы + переход на длительнодействующий бензодиазепин + тразадон при инсомнии.

46. Как лечить СБН с инсомнией и тревогой?

Эталон: Агонисты дофаминовых рецепторов (прамипексол) + клоназепам при необходимости + лечение дефицита железа.

47. Как лечить булимию при поражении гипоталамуса?

Эталон: Флуоксетин 60 мг/сут + когнитивно-поведенческая терапия + нутритивная поддержка.

48. Как лечить конверсионные параличи?

Эталон: Психотерапия + физиотерапия + кратковременный курс бензодиазепинов для снятия тревоги.

49. Как лечить сексуальные дисфункции при приеме СИОЗС?

Эталон: Снижение дозы, переход на бупропион, добавление силденафила.

50. Как лечить депрессию, индуцированную кортикостероидами?

Эталон: Снижение дозы кортикостероидов + СИОЗС + при мании – нормотимики.

КРИТЕРИИ оценивания компетенций и шкалы оценки

Оценка «неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции	Оценка «удовлетворительно» (зачтено) или удовлетворительный (пороговый) уровень освоения компетенции	Оценка «хорошо» (зачтено) или достаточный уровень освоения компетенции	Оценка «отлично» (зачтено) или высокий уровень освоения компетенции
Неспособность обучающегося самостоятельно продемонстрировать знания при решении заданий, отсутствие самостоятельности в применении умений. Отсутствие подтверждения наличия компетенции свидетельствует об отрицательных результатах освоения учебной дисциплины	Обучающийся демонстрирует самостоятельность в применении знаний, умений и навыков к решению учебных заданий в полном соответствии с образцом, данным преподавателем, по заданиям, решение которых было показано преподавателем, следует считать, что компетенция сформирована на удовлетворительном уровне.	Обучающийся демонстрирует самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных образцам, что подтверждает наличие сформированной компетенции на более высоком уровне. Наличие такой компетенции на достаточном уровне свидетельствует об устойчиво закрепленном практическом навыке	Обучающийся демонстрирует способность к полной самостоятельности в выборе способа решения нестандартных заданий в рамках дисциплины с использованием знаний, умений и навыков, полученных как в ходе освоения данной дисциплины, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию сформированной на высоком уровне.

Критерии оценивания тестового контроля:

процент правильных ответов	Отметки
91-100	отлично
81-90	хорошо
70-80	удовлетворительно
Менее 70	неудовлетворительно

При оценивании заданий с выбором нескольких правильных ответов допускается одна ошибка.

Критерии оценивания для отдельных форм контроля необходимо выбрать, исходя из прописанных в п. 2.

Критерии оценивания собеседования:

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять (представлять) сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
отлично	прочность знаний, знание основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения	высокая логичность и последовательность ответа

	биной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа	щения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	
хорошо	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе	логичность и последовательность ответа
удовлетворительно	удовлетворительные знания процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительная логичность и последовательность ответа
неудовлетворительно	слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

Критерии оценивания ситуационных задач:

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы, уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы, уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе

удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	удовлетворительные навыки решения ситуации, сложности с выбором метода решения задачи	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе либо ошибка в последовательности решения
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	низкая способность анализировать ситуацию	недостаточные навыки решения ситуации	отсутствует