

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

Кафедра общей и клинической психологии

Оценочные материалы
по дисциплине
Нейропсихология.
Практикум по нейропсихологической диагностике

Специальность 37.05.01 Клиническая психология

И.о. зав. кафедрой 
подпись

Ковш Е.М.
Ф.И.О.

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

профессиональных (ПК)

Код и наименование профессиональной компетенции	Индикатор(ы) достижения профессиональной компетенции
ПК-7 Способен использовать знания о закономерностях функционирования психических процессов, применять научно обоснованные методы исследования и оценки их особенностей и механизмов в целях клинико-психологической диагностики для составления экспертных заключений, психокоррекционных и реабилитационных программ	ИД 4. ПК-7. Способен использовать знания об особенностях нарушений психической деятельности при различных психических заболеваниях ИД 5. ПК-7. Знает основы неврологии, психиатрии, клиники пренатальных и постнатальных заболеваний и нарушений, являющихся причинами различных видов психического дизонтогенеза. ИД 6. ПК-7. Способен использовать знания о классификациях психических заболеваний, нарушений поведения в профессиональной деятельности ИД 7 ПК-7. Способен проводить анализ и описание процесса развития, состояния познавательных функций и эмоционально-личностной сферы пациента в статусе и в динамике, их соответствия возрастным нормам; анализ индивидуально-психологического, социального и семейного функционирования пациента. ИД 8 ПК-7. Умеет ставить задачи, составлять структуру и комплекс методов психодиагностического исследования пациентов с различными видами психического дизонтогенеза. ИД 9 ПК-7. Проводит психодиагностическое исследование, диагностику типа психического дизонтогенеза, оценку влияния фактора заболевания (нарушения) на динамику развития. ИД 10 ПК-7. Выявляет, анализирует и описывает факторы риска аномалий психического развития.

2. Виды оценочных материалов в соответствии с формируемыми компетенциями

Наименование компетенции	Виды оценочных материалов	количество заданий на 1 компетенцию
ПК-7	Задания закрытого типа	25 с эталонами ответов
	Задания открытого типа	75 с эталонами ответов

ПК-7

Задания закрытого типа

1. Основателем отечественной нейропсихологии является

- 1) Бернштейн Н.А.
- 2) Анохин П.К.
- 3) Лурия А.Р.
- 4) Хомская Е.Д

Эталон ответа: 3. Лурия А.Р.

2. К источникам знаний о функциональной организации мозга человека нельзя отнести

- 1) сравнительно-анатомические наблюдения
- 2) метод раздражения отдельных участков мозга
- 3) метод разрушения ограниченных участков мозга
- 4) клинические наблюдения над поведением больных

Эталон ответа: 4. Клинические наблюдения над поведением больных

3. Нейропсихология является частью

- 1) психофизиологи
- 2) клинической психологии
- 3) медицинской психологии
- 4) нейрофизиологии

Эталон ответа: 2. Клинической психологии

4. Разделом нейропсихологии не является

- 1) клиническая нейропсихология
- 2) экспериментальная нейропсихология
- 3) нейропсихология детского возраста
- 4) нейропсихология животных

Эталон ответа: 4. Нейропсихология животных

5. Предметом нейропсихологии является изучение

- 1) мозговой организации психических процессов
- 2) нарушений психики при локальных поражениях мозга
- 3) индивидуальных различий мозговой организации психики
- 4) клинических синдромов нарушений психического функционирования

Эталон ответа: 2. Нарушений психики при локальных поражениях мозга

6. Общепсихологической основой нейропсихологии является

- 1) теория о системном строении высших психических функций и их системной мозговой организации
- 2) культурно-историческая концепция Л.С.Выготского
- 3) теория функциональных систем П.К.Анохина
- 4) теория деятельности А.Н.Леонтьева

Эталон ответа: 1. Теория о системном строении высших психических функций и их системной мозговой организации

7. Объектом нейропсихологии являются

- 1) психически больные люди
- 2) больные с инсультами

- 3) больные с локальными поражениями мозга
- 4) больные с черепно-мозговыми травмами

Эталон ответа: 3. Больные с локальными поражениями мозга

8. Нейропсихологический фактор – это
- 1) физиологическое понятие, обозначающее принцип физиологической деятельности определенной мозговой структуры
 - 2) нейропсихологические синдромы
 - 3) нарушение психической функции
 - 4) функциональная система

Эталон ответа: 1. Физиологическое понятие, обозначающее принцип физиологической деятельности определенной мозговой структуры

9. Нейропсихологический синдром – это
- 1) клинический синдром
 - 2) нарушение психической функции
 - 3) физиологическое понятие для обозначения физиологической основы ВПФ
 - 4) закономерное сочетание нейропсихологических симптомов

Эталон ответа: 4. Закономерное сочетание нейропсихологических симптомов

10. Нейропсихологическая диагностика предполагает
- 1) анализ нейропсихологических синдромов с целью постановки топического диагноза
 - 2) изучение качественной специфики нарушений различных психических функций, связанных с выпадением определенного фактора
 - 3) выявление мозговых механизмов психических процессов
 - 4) изучение показателей реализации функции в психологических единицах продуктивности

Эталон ответа: 1. Анализ нейропсихологических синдромов с целью постановки топического диагноза

11. Нарушения ощущений в нейропсихологии называются
- 1) чувствительными
 - 2) сенсорными
 - 3) гностическими
 - 4) рефлекторными

Эталон ответа: 2. Сенсорными

12. Нарушения ощущений возникают при поражении
- 1) вторичных полей анализатора
 - 2) первичных полей анализатора
 - 3) афферентных звеньев анализатора
 - 4) любого звена анализатора от рецептора до первичного поля

Эталон ответа: 2. Первичных полей анализатора

13. Поражение на уровне сетчатки не может привести к
- 1) гемианопсии
 - 2) зрительной скотоме
 - 3) снижению остроты светоощущения
 - 4) снижению цветоощущения

Эталон ответа: 1. Гемианопсии

14. Гностические расстройства зрительных функций означают

- 1) снижение остроты зрения
- 2) нарушения полей зрения
- 3) гемианопсию
- 4) нарушение узнавания

Эталон ответа: 4. Нарушение узнавания

15. Термин «агнозия» был введен для обозначения гностических нарушений восприятия

- 1) Г.Мунком
- 2) У.Пенфилдом
- 3) З.Фрейдом
- 4) Г.Хэдом

Эталон ответа: 3. З. Фрейдом

16. Нарушение возможности правильно оценить объект при зрительном предъявлении встречается при

- 1) буквенной агнозии
- 2) предметной агнозии
- 3) оптико-пространственной агнозии
- 4) симультанной агнозии

Эталон ответа: 2. Предметная агнозия

17. Пробы Поппельрейтера используются для выявления

- 1) лицевой агнозии
- 2) предметной агнозии
- 3) цветовой агнозии
- 4) симультанной агнозии

Эталон ответа: 2. Предметной агнозии

18. Симультанная агнозия диагностируется, если

- 1) больной, глядя на предмет, не может его опознать
- 2) больной может воспринимать только отдельные фрагменты изображения вследствие резкого сужения возможности видеть целое
- 3) больной, правильно копируя буквы, не может читать
- 4) больной плохо ориентируется в пространственных признаках изображения

Эталон ответа: 2. Больной может воспринимать только отдельные фрагменты изображения вследствие резкого сужения возможности видеть целое

19. Распад навыка чтения называется

- 1) апрактоагнозия
- 2) афазия
- 3) алексия
- 4) агнозия

Эталон ответа: 3. Алексия

20. При цветовой агнозии больные не могут

- 1) распознавать цвета как таковые
- 2) не видят цвета вообще
- 3) соотнести цвет и предмет
- 4) не различает оттенки цветов

Эталон ответа: 3. Соотнести цвет и предмет

21. К рецепторным аппаратам кожи не относятся

- 1) колбочки Краузе
- 2) тельца Руффини
- 3) орган Гольджи
- 4) корзинчатые сплетения

Эталон ответа: 3. Орган Гольджи

22. Максимальная скорость проведения возбуждения по волокнам типа

- 1) А
- 2) В
- 3) С
- 4) Д

Эталон ответа: 1. А

23. Тактильная и проприоцептивная чувствительность не проводится по волокнам, образующим пучок

- 1) Голля
- 2) Бурдаха
- 3) Говерса
- 4) клиновидный

Эталон ответа: 3. Говерса

24. Различные виды кожно-кинестетической афферентации несут информацию преимущественно в ядра таламуса

- 1) медиальные
- 2) латеральные
- 3) вентральные
- 4) неспецифические

Эталон ответа: 3. Вентральные

25. При синдроме Дежерина не страдает чувствительность

- 1) - тактильная
- 2) - болевая
- 3) - кинестетическая
- 4) – температурная

Эталон ответа: 4. Температурная

Задания открытого типа

1. Что называют методами Лурия?

Эталон ответа:

Методы Лурия – нейропсихологические методы, разработанные А.Р. Лурия для топической диагностики локальных поражений головного мозга. Используются нейропсихологией для изучения нейропсихологических синдромов, то есть для выявления первичного дефекта и связанных с ним вторичных нарушений высших психических функций. Теоретической основой методов Лурия являются представления о системной динамической локализации высших психических функций, согласно которому мозг – это высший субстрат психических процессов, который функционирует как единое целое, состоящее из дифференцированных по своим функциям отделов. Основное назначение методов Лурия – определение тех отделов мозга, которые находятся в патологическом состоянии, то есть обнаружение нарушенных звеньев функциональных систем и их системных следствий.

2. Опишите нарушение движений и действий при поражении корковых и подкорковых звеньев экстрапирамидной системы.

Эталон ответа:

Поражение корковых и подкорковых звеньев экстрапирамидной системы приводит к появлению различных двигательных расстройств. Эти расстройства можно разделить на динамические (то есть нарушение собственно движений) и статические (то есть нарушение позы). При поражении коркового уровня экстрапирамидной системы, который связан с вентролатеральным ядром таламуса, бледным шаром и мозжечком, в контралатеральных конечностях возникают спастические двигательные нарушения. Поражение 6-го и 8-го полей вызывает повороты головы, глаз и туловища в противоположную сторону (адверзии), а также сложные движения контралатеральных руки и ноги.

3. Опишите нарушения движений и действий при поражении подкорковой стриопаллидарной системы.

Эталон ответа:

Поражение подкорковой стриопаллидарной системы, вызванное различными заболеваниями, характеризуются общей неподвижностью, адинамией, трудностями передвижения. Одновременно появляются насильственные движения контралатеральных руки, ноги, головы – гиперкинезы. У таких больных наблюдается и нарушение тонуса, составляющего основу позы, и нарушение двигательных актов. Поражение стриопаллидарных образований сопровождается еще одним видом двигательных симптомов – нарушением мимики и пантомимики. Также нарушаются и физиологические синергии – нормальные сочетания движений разных двигательных органов, что приводит к неестественности их двигательных актов.

4. Опишите нарушения движений и действий при поражении мозжечка, пирамидных и экстрапирамидных структур спинного мозга.

Эталон ответа:

Мозжечок представляет собой важнейший центр координации различных двигательных актов, «орган равновесия», обеспечивающий целый ряд безусловных моторных актов, связанных со зрительной, слуховой, кожно-кинестетической, вестибулярной афферентацией. Поражение мозжечка сопровождается разнообразными двигательными расстройствами (прежде всего расстройствами координации двигательных актов; нистагм, атаксия, скандированная речь). Поражение пирамидных и экстрапирамидных структур спинного мозга сводится к нарушению функций мотонейронов, вследствие чего выпадают управляемые ими движения. В зависимости от уровня поражения спинного мозга нарушаются двигательные функции верхних или нижних конечностей (на одной или на обеих сторонах), причем все местные двигательные рефлексy осуществляются, как правило, нормально или даже усиливаются вследствие устранения коркового контроля.

5. Опишите кинестетическую апраксию.

Эталон ответа:

Кинестетическая апраксия возникает при поражении нижних отделов постцентральной области коры больших полушарий. Нет четких двигательных дефектов, сила мышц достаточная, парезов нет, однако страдает кинестетическая основа движений. Они становятся недифференцированными, плохо управляемыми. У больных нарушается мелкая моторика (в т.ч., движения при письме, симптом «рука-лопата»), возможность правильного воспроизведения различных поз руки; они не могут показать без предмета, как совершается то или иное действие.

6. Опишите кинетическую апраксию.

Эталон ответа:

Кинетическая апраксия связана с поражением нижних отделов премоторной области коры больших полушарий. Кинетическая апраксия входит в премоторный синдром, то есть протекает на фоне нарушения автоматизации различных психических функций. Проявляется в виде распада «кинетических мелодий», то есть нарушения последовательности движений, временной организации двигательных актов. Характерны двигательные персеверации, проявляющиеся в бесконтрольном продолжении раз начавшегося движения.

7. Опишите афферентную моторную афазия.

Эталон ответа:

Афферентная моторная афазия возникает при поражении нижних отделов постцентральной коры левого полушария (у правшей). В основе лежит нарушение кинестетической афферентации, поступающей в указанные отделы коры больших полушарий во время произнесения слов. Проявляется в виде нарушения произношения слов, замены одних звуков другими вследствие возникновения трудностей дифференциации близких артикулем.

8. Опишите кинетическую (эфферентную моторную) афазия (афазия Брока).

Эталон ответа:

Эфферентная моторная афазия связана с поражением отделов премоторной коры левого полушария (у правшей). В основе ее лежат нарушение кинетической организации речевых актов, трудности переключения с одного слова (или слога) на другое вследствие инертности речевых стереотипов (эмбол; речевая персеверация). В то же время у данных больных не нарушено произношение отдельных звуков. Первично страдают активная устная речь и письмо, вторично нарушаются другие виды речи.

9. Что называют дисграфией?

Эталон ответа:

Дисграфия – нарушение письма, при котором наблюдаются замены букв, пропуски и перестановки букв и слогов, а также слияние слов. Дисграфия обусловлена нарушением речевой системы в целом и является симптомом алалии, разных форм афазий или недоразвития речи. В основе дисграфии лежат неполноценность фонематического слуха и недостатки произношения, препятствующие овладению фонематическим составом слова.

10. Опишите гипомнезию и гипермнезию.

Эталон ответа:

Гипомнезия, или ослабление памяти, может иметь различное происхождение. Она может быть связана с возрастными изменениями, или быть врожденной, или появиться как следствие какого-либо мозгового заболевания. Такие больные, как правило, характеризуются ослаблением всех видов памяти. Одной из аномалий памяти является гипермнезия – обострение памяти, резкое увеличение объема и прочности запоминания материала по сравнению со средними нормальными показателями; утрата целенаправленности воспоминаний.

11. Опишите парамнезии и амнезии.

Эталон ответа:

Как самостоятельные нарушения памяти описаны парамнезии – особые состояния, когда человек испытывает ощущения «знакомости» при встрече с незнакомыми объектами. Это обманы памяти, связанные с изменениями состояния сознания, хорошо известны в психиатрии и описаны как состояния «дежа вю». Особый тип аномалий памяти составляют амнезии (значительное снижение или отсутствие памяти). Среди разного рода амнезий

самостоятельную группу составляют амнезии (или нарушения памяти), возникающие при локальных поражениях мозга.

12. Опишите модально-неспецифические и модально-специфические нарушения памяти.

Эталон ответа:

- Модально-неспецифические нарушения памяти - это целая группа патологических явлений, неоднородных по своему характеру, для которых общим является плохое запечатление информации любой модальности. Возникают при поражениях разных уровней срединных неспецифических структур мозга. - Модально-специфические нарушения памяти. Эти нарушения связаны с определенной модальностью стимулов и распространяются только на раздражители, адресующиеся какому-то одному анализатору (нарушение зрительной, слуховой, тактильной, двигательной памяти).

13. Опишите псевдоамнезии.

Эталон ответа:

Псевдоамнезия еще один тип мнестических нарушений, при которых память страдает главным образом как мнестическая деятельность. Характерны для больных с массивными поражениями лобных долей мозга (левой лобной доли или обеих лобных долей). Сама задача запомнить материал не может быть поставлена перед «лобными» больными, так как у них грубо нарушается процесс формирования намерений, планов и программ поведения, то есть страдает структура любой сознательной психической деятельности, в том числе мнестической.

14. Опишите закон Рибо.

Эталон ответа:

Закон Рибо сформулирован в конце 19 века Т. Рибо; именуется также законом регрессии или обратного «развития памяти»; характеризует определенную последовательность процесса разрушения памяти, наблюдаемого при прогрессирующей амнезии в случаях заболевания или в пожилом возрасте. Разрушение памяти протекает, согласно Рибо, всегда в одном и том же порядке, начиная с неустойчивого, и заканчивая стойким. Сначала разрушение касается недавних воспоминаний. Затем оно распространяется на все то, что связано с умственной деятельностью личности. Позднее оно захватывает чувствования и привычки. Заканчивается этот процесс распадом памяти инстинктивной, отличающейся стойкой организацией.

15. Опишите модально-неспецифические и модально-специфические нарушения внимания.

Эталон ответа:

Модально-неспецифические нарушения внимания. Эти нарушения внимания распространяются на любые его формы и уровни. Больной не может сосредоточиться на стимулах любой модальности, нарушения внимания проявляются в любой психической деятельности. Подобного рода нарушения внимания характерны для больных с поражениями неспецифических срединных структур мозга разных уровней. Модально-специфические нарушения внимания. Эти нарушения внимания проявляются только в одной сфере (то есть по отношению к стимулам одной модальности), например в зрительной, слуховой, тактильной сфере или сфере движений, и описываются как клиницистами как явления игнорирования тех или иных стимулов.

16. Опишите нарушения мышления при поражении левой височной доли.

Эталон ответа:

При поражении нарушается способность понимать обращенную речь и собственную речь. Сохранены: невербальный интеллект; образное мышление. Может совершать в письменном виде арифметические операции. Грубо страдают те мыслительные операции, которые требуют опосредования речью (не может выполнить задание по вербальной инструкции, не может устно ответить на вопрос). У височных больных при сохранности непосредственного понимания наглядно-образных и логических отношений нарушена способность выполнять последовательные дискурсивные вербальные операции, для осуществления которых необходима опора на речевые связи или их следы.

17. Опишите нарушение мышления при поражении теменно-затылочно-височных отделов (ТРО).

Эталон ответа:

Нарушения связаны с выпадением (или ослаблением) оптико-пространственного фактора. Больные обнаруживают трудности в тех интеллектуальных операциях, для решения которых необходимо выделение наглядных признаков и их пространственных отношений. Акалькулия – нарушение арифметического счета. Трудности понимания определенных логико-грамматических конструкций, отражающих пространственные и «квазипространственные» отношения, вследствие чего у них затруднено и выполнение тех задач, которые требуют понимания подобных речевых конструкций (семантическая афазия). При поражении зоны ТРО в первую очередь страдают наглядно-образные формы мышления, требующие выполнения операций на пространственный анализ и синтез, а также понимание семантики «квазипространственных» отношений, составляющие сущность «так называемой семантической афазии».

18. Что понимают под акалькулией?

Эталон ответа:

Акалькулия – нарушение счета и счетных операций. Возникает при поражении различных областей коры головного мозга. Первичная форма акалькулии наблюдается при поражении теменно-затылочно-височных отделов коры левого полушария (ТРО) и проявляется в нарушении понимания разрядного строения числа, в нарушении понимания значений арифметических знаков, в трудностях счета при переходе через десятков и т.д. В основе этой формы лежит нарушение анализа и синтеза пространственных отношений. Вторичная форма акалькулии возникает при поражении височных, затылочных и префронтальных отделов коры больших полушарий.

19. Опишите нарушение мышления при поражении премоторных отделов левого полушария.

Эталон ответа:

Эти нарушения входят в состав премоторного синдрома, характеризующегося трудностями временной организации всех психических процессов, включая и интеллектуальные. У данных больных наблюдается не только распад «кинетических схем» движений и трудности переключения с одного двигательного акта на другой, но и нарушение динамики мыслительного процесса. Нарушается свернутый, автоматизированный характер интеллектуальных операций. Нарушение внутренней речи. Нарушение динамики вербально-логического мышления (интеллектуальные персеверации). Для данных больных характерно нарушение автоматизированных интеллектуальных операций. Центральным дефектом интеллектуальной деятельности при поражении премоторных отделов левого полушария являются нарушение динамики мышления, затруднения в свернутых «умственных действиях», патологическая инертность интеллектуальных актов. Сохранены пространственные операции и понимание логико-грамматических конструкций, отражающих пространственные отношения.

20. Опишите нарушение мышления при поражении лобных префронтальных отделов мозга.

Эталон ответа:

Поражение префронтальных отделов лобной коры мозга сопровождается серьезными нарушениями интеллектуальных процессов, причем их клиническая феноменология очень разнообразна: от грубых интеллектуальных дефектов до почти бессимптомных случаев. Нарушения мышления имеют сложный характер. Нарушение операций с понятиями и логическими операциями. Они возникают вследствие нарушений самой структуры интеллектуальной деятельности, а также из-за инертности, стереотипии раз возникающих связей, общей интеллектуальной инактивности, нарушения избирательности семантических связей.

21. Опишите эмоциональные нарушения, связанные с поражением гипоталамо-гипофизарной, височной и лобной области мозга.

Эталон ответа:

Выделяют три основные локализации поражения мозга, связанные с эмоциональными нарушениями: гипоталамо-гипофизарный отдел, височные и лобные области мозга. При гипофизарно-гипоталамической локализации очага поражения характерны постепенное обеднение эмоций, исчезновение выразительных средств на фоне гормонального дисбаланса и изменения психики в целом. При поражении височной области характерны устойчивые депрессии и яркие пароксизмальные аффекты на фоне сохранности личностных свойств. При поражении лобных долей мозга происходит обеднение эмоций, появление «эмоциональный параличей» или эйфории в сочетании с грубыми изменениями всех психических процессов и личности больного. К перечисленным локализациям поражений мозга, вызывающих эмоциональные изменения, добавляют также медиобазальные образования.

22. Перечислите формы нарушения сознания у больных с локальными поражениями мозга, выделенные А.Р. Лурия.

Эталон ответа:

-Стабильные нарушения сознания, возникающие при грубых диэнцефальных и лобно-диэнцефальных синдромах, когда больной полностью дезориентирован в окружающем. – Стабильные нарушения сознания, наблюдающиеся при поражениях конвекситальных лобных и лобно-височных отделов мозга. Для этих синдромов характерно нарушение самооценки, неосознание своей болезни, своих ошибок, не критичность к себе. – Устойчивые нарушения сознания, возникающие при поражениях медиальной и медиобазальной коры лобных долей мозга, сочетающиеся с нарушениями эмоциональных процессов, которые также обусловлены патологией селективной обработки информации. – Устойчивые формы нарушений сознания (по типу помрачения), возникающие при грубых общемозговых синдромах, связанные прежде всего со снижением тонуса коры больших полушарий и, возможно, с нарушениями следовой деятельности. – Кратковременные «отключения» сознания во время эпилептических припадков, которым предшествует определенная аура (моторная, сенсорная), или же возникающие без всякой ауры (как это наблюдается при поражении лобных долей мозга).

23. Опишите нарушение сознания при поражении ствола мозга, диэнцефальных структур и структур лимбической системы.

Эталон ответа:

1.Ствол мозга. Поражение стволовых структур приводит к нарушениям сознания по типу комы, отключения. 2. Диэнцефальные структуры. Поражение этой области также приводит к нарушениям сознания по типу отключений. 3. Структуры лимбической системы. Поражение этой зоны, как правило, ведет к появлению спутанного состояния сознания, сочетающегося с нарушениями памяти, имеющими пароксизмальный или стабильный

характер. Возможны устрашающие галлюцинации, полная дезориентировка в себе, окружающем.

24. Опишите нарушение сознания при поражении медиобазальных отделов лобный и височных долей.

Эталон ответа:

Медиобазальные отделы коры лобных и височных долей, являющиеся корковым уровнем неспецифической системы. Поражение этих отделов может проявляться в виде нарушений сознания по типу отключений либо в виде контаминаций, трудностей ориентировки во времени, в собственном состоянии, а также в виде нарушений семантической памяти, осознанности психических процессов. В спокойные периоды заболевания симптомы нарушений сознания обычно проявляются в мягкой форме.

25. Что понимают под апраксией?

Эталон ответа:

Нарушение произвольных движений и действий относится к сложным двигательным расстройствам, которые в первую очередь связаны с поражением коркового уровня двигательных функциональных систем. Этот тип нарушений двигательных функций получил название апраксий. Под апраксиями понимаются такие нарушения произвольных движений и действий, которые не сопровождаются четкими элементарными двигательными расстройствами – параличами и парезами, явными нарушениями мышечного тонуса и тремора, хотя возможны сочетания сложных и элементарных двигательных расстройств. Апраксиями обозначают прежде всего нарушения произвольных движений и действий, совершаемых с предметами.

26. Опишите нарушение сознания при поражении префронтальных отделов мозга.

Эталон ответа:

Поражение этих отделов сопровождается различными нарушениями сознания по типу расстройства ориентировки в окружающем, в себе. Наблюдаются конфабуляции, спутанность сознания, психические автоматизмы. Как правило, эти нарушения имеют стабильный характер.

27. Опишите нарушения сознания при поражении корково-подкорковых структур правого полушария, расположенных в лобных и передневисочных отделах мозга; при поражении корково-подкорковых структур правого полушария, расположенных в задневисочных, теменных, затылочных областях мозга; при поражении корково-подкорковых областей передних и средних отделов левого полушария.

Эталон ответа:

1. Корково-подкорковые структуры правого полушария, расположенные в лобных и передневисочных отделах. Их поражение часто ведет к расстройствам сознания в виде деперсонализации, нарушений самосознания, а также к явлениям анозогнозии, игнорированию звуковых стимулов, поступающих слева. Нарушения сознания обычно имеют стойкий характер. 2. Корково-подкорковые структуры правого полушария, расположенные в задневисочных, теменных, затылочных областях мозга. Поражение этих структур ведет к явлениям анозогнозии и левостороннему игнорированию зрительных и тактильных стимулов. Возможна «односторонняя фиксированная гемианопсия» (когда больной не осознает слепоты на левую половину зрительного поля), а также односторонние оптико-пространственные нарушения в виде игнорирования левой части изображения. 3. Корково-подкорковые области передних и средних отделов левого полушария. Поражения этих структур сопровождается нарушениями сознания по «речевому» типу, когда дезориентировка в себе и в окружающем протекает на фоне речевых расстройств. Нарушение сознания и речи носят устойчивый характер.

28. Что понимают под конфабуляцией?

Эталон ответа:

Конфабуляция – ложные воспоминания о вымышленных или реальных событиях, фактах. Это нарушение памяти, при котором пробелы памяти заполняются выдумками. Больные сообщают о событиях, в действительности не имевших места в период, о котором идет речь.

29. Перечислите три основных положения синдромного анализа.

Эталон ответа:

Первое положение: синдромный анализ предполагает тщательную качественную квалификацию характера нарушений психических функций (нейропсихологических симптомов), а не просто их констатацию. Второе положение: синдромный анализ заключается в сопоставлении первичных расстройств, непосредственно связанных с нарушенным фактором, и вторичных расстройств, которые возникают по законам системной организации функций. Третье положение: синдромный анализ заключается в необходимости изучении состава не только нарушенных, но и сохранных функций.

30. Опишите классификацию нейропсихологических синдромов, предложенную А.Р. Лурия.

Эталон ответа:

Классификация нейропсихологических синдромов, предложенная А.Р. Лурия, построена по топическому принципу, то есть по принципу выделения области поражения мозга – морфологической основы нейропсихологического фактора. В соответствии с этим принципом нейропсихологические синдромы подразделяются на:

- синдромы поражения корковых отделов больших полушарий и «ближайшей подкорки» (по выражению А.Р. Лурия): латеральной, базальной, медиальной коры больших полушарий.
- синдромы поражения глубинных подкорковых структур мозга: срединных неспецифических структур; срединных комиссур (мозолистое тело и др.); структур, находящихся в глубине полушарий (базальных ядер и др.).

31. Назовите предмет, объект и методологическую основу нейропсихологии.

Эталон ответа:

Нейропсихология изучает нарушение психической деятельности и личности при локальных поражениях головного мозга. Объект нейропсихологии – больные с локальными поражениями головного мозга. Методологическая основа нейропсихологии – теория А.Р. Лурия «теория системной динамической локализации высших психических функций».

32. Перечислите два класса понятий в понятийном аппарате нейропсихологии.

Эталон ответа:

В понятийном аппарате нейропсихологии можно выделить два класса понятий. Первый – это понятия, общие для нейропсихологии и общей психологии (высшая психическая функция, психическая деятельность, психологическая система, психический процесс, речевое опосредование, значение, личностный смысл, психологическое орудие, образ, знак, действие, операция, интериоризация и др.). Второй – это собственно нейропсихологические понятия, обусловленные спецификой ее предмета, объекта и методов исследования (нейропсихологический симптом, первичные нейропсихологические симптомы, вторичные нейропсихологические симптомы, нейропсихологический синдром, нейропсихологический фактор, синдромный анализ, нейропсихологическая диагностика, функциональная система, мозговые механизмы высшей психической функции, локализация высшей психической функции, полифункциональность мозговых структур, норма функции, межполушарная

асимметрия мозга, функциональная специфичность больших полушарий, межполушарное взаимодействие).

33. Что понимают под «нейропсихологическим симптомом», «первичным нейропсихологическим симптомом», «вторичным нейропсихологическим симптомом».

Эталон ответа:

Нейропсихологический симптом – нарушение психической функции, возникающее вследствие локального поражения головного мозга. Первичные нейропсихологические симптомы – нарушение психических функций, непосредственно связанные с поражением определенного нейропсихологического фактора. Вторичные нейропсихологические симптомы – нарушения психических функций, возникающие как системное следствие первичных нейропсихологических симптомов по законам их системных связей.

34. Что понимают под «нейропсихологическим синдром», «нейропсихологическим фактором», «синдромным анализом».

Эталон ответа:

Нейропсихологический синдром – закономерное сочетание нейропсихологических симптомов, обусловленное поражением (выпадением) определенного фактора (или нескольких факторов). Нейропсихологический фактор – структурно-функциональная единица работы мозга, характеризующаяся определенным принципом физиологической деятельности, нарушение которого ведет к появлению нейропсихологического синдрома. Синдромный анализ – анализ нейропсихологических синдромов с целью обнаружения общего основания (фактора), объясняющего происхождение различных нейропсихологических симптомов; изучение качественной специфики нарушений различных психических функций, связанных с поражением (выпадением) определенного фактора; качественная квалификация нейропсихологических симптомов.

35. Что понимают под «нейропсихологической диагностикой», «функциональной системой», «мозговыми механизмами высшей психической функции».

Эталон ответа:

Нейропсихологическая диагностика – исследование больных с локальными поражениями головного мозга с помощью клинических нейропсихологических методов с целью установления места поражения мозга. Функциональная система – морфофизиологическое понятие, заимствованное из концепции функциональных систем П.К. Анохина для объяснения мозговых механизмов высших психических функций; совокупность афферентных и эфферентных звеньев, объединенных в систему для достижения конечного результата. Мозговые механизмы высшей психической функции – совокупность морфологических структур в коре больших полушарий и в подкорковых образованиях и протекающих в них физиологических процессов, входящих в единую функциональную систему и необходимых для осуществления данной психической деятельности.

36. Что понимают под «локализацией высшей психической функции», «полифункциональностью мозговых структур», «нормой функции».

Эталон ответа:

Локализация высшей психической функции – центральное понятие теории системной динамической локализации высших психических функций, объясняющее связь мозга с психикой как соотношение различных звеньев психической функции с разными нейропсихологическими факторами. Полифункциональность мозговых структур – способность мозговых структур перестраивать свои функции под влиянием новых афферентных воздействий, вследствие чего происходит внутрисистемная и межсистемная перестройка пораженных функциональных систем. Норма функции – понятие, на котором

базируются нейропсихологическая диагностика нарушений высших психических функций; показатели реализации функции, которые характеризуют средние значения в данной популяции.

37. Что понимают под «межполушарной асимметрией мозга», «функциональной специфичностью больших полушарий», «межполушарным взаимодействием».

Эталон ответа:

Межполушарная асимметрия мозга – неравноценность, качественное различие того «вклада», который делают левое и правое полушария мозга в каждую психическую функцию; различия в мозговой организации высших психических функций в левом и правом полушариях мозга. Функциональная специфичность больших полушарий – специфика переработки информации и мозговой организации функций, присущая левому и правому полушариям мозга и определяемая интегральным полушарным закономерностям. Межполушарное взаимодействие – особый механизм объединения левого и правого полушарий мозга в единую интегративную, целостно работающую систему, формирующийся под влиянием как генетических, так и средовых факторов.

38. Опишите теорию системной динамической локализации А.Р. Лурия.

Эталон ответа:

Это методологическая основа нейропсихологии. Пересмотрел понятие «локализация» (локализация психических функций рассматривается как системный процесс). Психическая функция соотносится с мозгом как определенная многокомпонентная система, различные звенья которой связаны с работой разных мозговых структур. Согласно теории системной динамической локализации высших психических функций человека каждая высшая психическая функция обеспечивается мозгом как целым, однако это целое состоит из высоко дифференцированных структур, каждая из которых вносит свой вклад в реализацию функции. Мозг делится на 3 структурно-функциональных блока.

39. Перечислите основные структурно-функциональные блоки мозга (А.Р. Лурия).

Эталон ответа:

В нейропсихологии на основе анализа клинических данных была разработана общая структурно-функциональная модель работы мозга как субстрата психической деятельности. Эта модель предложена А.Р. Лурия, характеризует наиболее общие закономерности работы мозга как единого целого и является основной для объяснения его интегративной деятельности. Согласно данной модели, весь мозг может быть поделен на 3 основных структурно-функциональных блока: 1 – энергетический блок, или блок регуляции уровня активности мозга; 2 – блок приема, переработки и хранения экстероцептивной (то есть исходящей извне) информации; 3 – блок программирования, регуляции и контроля за протеканием психической деятельности.

40. Опишите энергетический блок.

Эталон ответа:

Энергетический блок включает неспецифические структуры разных уровней: ретикулярную формацию; неспецифические структуры среднего мозга, его диэнцефальных отделов; лимбическую систему; медиобазальные отделы коры лобных и височных долей мозга. Данный блок регулирует два типа процессов активации: общие генерализованные изменения активации, являющиеся основой различных функциональных состояний; локальные избирательные изменения активации, необходимые для осуществления высших психических функций. Первый тип процессов активации связан с длительными тоническими сдвигами в активационном режиме работы мозга, с изменением уровня бодрствования. Второй тип процессов активации – это преимущественно кратковременные фазические изменения в работе отдельных структур мозга. Первый блок мозга участвует в осуществлении любой

психической деятельности, особенно в процессах внимания, памяти, регуляции эмоциональных состояний и сознания в целом.

41. Опишите блок приема, переработки и хранения экспероцептивной информации.

Эталон ответа:

Второй блок – приема, переработки и хранения экспероцептивной информации – включает основные анализаторные системы: зрительную, слуховую и кожно-кинестетическую, корковые зоны которых расположены в задних отделах больших полушарий головного мозга. Работа этого блока обеспечивает модально-специфические процессы, а также сложные интегративные формы переработки экспероцептивной информации, необходимой для осуществления высших психических функций. Модально-специфические пути проведения возбуждения имеют иную, чем неспецифические пути, нейронную организацию, им присуща четкая избирательность, проявляющаяся в реагировании лишь на определенный тип раздражителей.

42. Опишите блок программирования, регуляции и контроля за протеканием психической деятельности.

Эталон ответа:

Третий блок – блок программирования, регуляции и контроля за протеканием психической деятельности – включает моторные, премоторные и префронтальные отделы коры лобных долей мозга. Лобные доли характеризуются большей сложностью строения и множеством двусторонних связей с корковыми и подкорковыми структурами. К третьему блоку мозга относится конвекситальная лобная кора с ее корковыми и подкорковыми связями. Многочисленные корково-корковые и корково-подкорковые связи конвекситальной коры лобных долей мозга обеспечивают возможности, с одной стороны, переработки и интеграции самой различной афферентации, а с другой стороны – осуществления различного рода регуляторных влияний.

43. Перечислите основные положения, касающиеся межполушарной асимметрии мозга.

Эталон ответа:

1. Межполушарная асимметрия головного мозга, понимаемая как различное по характеру и неравное по значимости участие левого или правого полушарий в осуществлении психических функций, имеет не глобальный, а парциальный характер. 2. Анализируя соотношения трех видов асимметрий (рука-ухо-глаз), А.П. Чуприков и его сотрудники выделили в нормальной популяции 8 вариантов межполушарной асимметрии мозга. 3. Каждая конкретная форма межполушарной асимметрии характеризуется определенной степенью, мерой. 4. Межполушарная асимметрия мозга у взрослого человека – продукт действия биосоциальных механизмов.

44. Перечислите направления в изучении проблемы межполушарной асимметрии.

Эталон ответа:

В современной нейропсихологии наметились два основных направления в изучении проблемы межполушарной асимметрии. Первое направление – это экспериментальное изучение специфики нарушений отдельных психических функций при поражении симметричных отделов левого и правого полушарий мозга. Второе направление – сопоставление целостных нейропсихологических синдромов, возникающих при поражении симметрично расположенных структур левого и правого полушарий.

45. Опишите общность позиций А.Р. Лурия и Л.С. Выготского на проблемы высших психических функций.

Эталон ответа:

Можно констатировать общность позиций А.Р. Лурия и Л.С. Выготского по всем аспектам проблемы высших психических функций. Они рассматривали высшие психические функции как сложные системные образования, отличающие человека от животных, активно выступая за культурно-историческое и против «натурилистического» понимания природы. Совпадали их взгляды и на роль социального и биологического факторов в развитии высших психических функций. По их мнению, не только сложные, но и относительно элементарные психические функции изменяются под влиянием языка и социальной среды.

46. Назовите два пути развития современной нейропсихологии.

Эталон ответа:

Современная нейропсихология развивается в основном двумя путями. Первый – это отечественная нейропсихология, созданная трудами Л.С. Выготского и А.Р. Лурия. Второй – это традиционная западная нейропсихология, наиболее яркими представителями которой являются такие нейропсихологи, как Р. Рейтан, Д. Бенсон, Х. Экаэн, О. Зангвилл и др.

47. Что является центральной задачей нейропсихологии.

Эталон ответа:

В соответствии с представлениями о системном строении высших психических функций, согласно которому каждая из них является сложной функциональной системой, состоящую из многих звеньев, нарушение одной и той же функции протекает по-разному в зависимости от того, какое звено оказывается пораженным. Поэтому центральной задачей нейропсихологического исследования является определение качественной специфики нарушения, а не только констатация факта расстройства той или иной функции. Качественный анализ нарушения психической функции проводится с помощью специального набора методов с опорой на клинические данные.

48. Перечислите уровни, на которые подразделен головной мозг.

Эталон ответа:

Головной мозг – высший орган нервной системы – как анатомо-функциональное образование может быть условно разделен на несколько уровней, каждый из которых осуществляет собственные функции. I уровень – кора головного мозга – осуществляет высшее управление чувствительными и двигательными функциями, преимущественное управление сложными когнитивными процессами. II уровень – базальные ядра полушарий большого мозга – осуществляют управление произвольными движениями и регуляцию мышечного тонуса. III уровень – гиппокамп, гипофиз, гипоталамус, поясная извилина, миндалевидное ядро – осуществляет преимущественное управление эмоциональными реакциями и состояниями, а также эндокринную регуляцию. IV уровень (нижний) – ретикулярная формация и другие структуры ствола мозга – осуществляют управление вегетативными процессами.

49. Что называют корой головного мозга.

Эталон ответа:

Кора большого мозга – наиболее высокодифференцированный раздел нервной системы – подразделяется на следующие структурные элементы: древнюю, старую, среднюю, или промежуточную, новую. По морфологическим критериям выделены разные цитоархитектонические поля, характеризующиеся различным строением клеток. Наибольшее признание получила цитоархитектоническая карта полей Бродмана, согласно которой выделяются 52 поля.

50. Назовите два типа расстройств, которые следует различать при нейропсихологическом изучении работы анализаторных систем.

Эталон ответа:

1. Относительно элементарные сенсорные расстройства в виде нарушений различных видов ощущений. 2. Более сложные гностические расстройства в виде нарушений различных видов восприятия. Первый тип расстройств связан с поражением периферического и подкорковых уровней анализаторных систем, а также первичного коркового поля соответствующего анализатора. Второй тип расстройств обусловлен прежде всего поражением вторичных корковых полей, хотя в мозговой организации гностической деятельности принимают участие и многие другие корковые и подкорковые структуры, в том числе префронтальные отделы коры больших полушарий.

51. Перечислите уровни зрительной системы.

Эталон ответа:

Первый уровень зрительной системы – сетчатка глаза – представляет собой очень сложный орган, который называют «куском мозга, вынесенным наружу». Второй уровень работы зрительной системы – зрительные нервы (II пара). Область хиазмы составляет третье звено зрительной системы (в хиазме происходит неполный перекрест зрительных путей). Четвертый уровень зрительной системы – наружное или латеральное коленчатое тело. Пятый уровень зрительной системы – зрительное сияние (пучок Грациоле) – довольно протяженный участок мозга, находящийся в глубине теменной и затылочной долей. Последняя инстанция – первичное 17-е поле коры больших полушарий, расположено главным образом на медиальной поверхности мозга в виде треугольника, который направлен острием вглубь мозга.

52. Опишите, какие нарушения возникают при поражении уровня сетчатки.

Эталон ответа:

Поражение сетчаточного уровня зрительной системы разнообразны: это различные формы дегенерации сетчатки; кровоизлияния; различные заболевания глаз, в которых поражается также и сетчатка. Во всех этих случаях поражение, как правило, одностороннее, то есть зрение нарушается только в одном глазу; далее – это относительно элементарное расстройство остроты зрения, или полей зрения, или цветоощущения. Зрительные функции второго глаза остаются сохранными.

53. Опишите, какие нарушения возникают при поражении зрительного нерва.

Эталон ответа:

Поражение зрительного нерва встречается в клинике локальных поражений головного мозга довольно часто в связи с различными патологическими процессами в передней черепной ямке: опухолями, кровоизлияниями, воспалительными процессами и др. Такое поражение зрительного нерва приводит к расстройству сенсорных зрительных функций только в одном глазу, причем в зависимости от места поражения страдают зрительные функции соответствующих участков сетчатки. Важным симптомом поражения зрительного нерва отек начала зрительного нерва (слева или справа), который может привести к его атрофии.

54. Опишите, какие нарушения возникают при поражении хиазмы.

Эталон ответа:

При поражении хиазмы возникают различные нарушения полей зрения обоих глаз (гемианопсии). Поражение разных отделов хиазмы приводит к появлению разных видов гемианопсий: битемпоральной, бинозальной, верхней квадрантной, нижней квадрантной, односторонней нозальной гемианопсией. Гемианопсия может быть полной или частичной; в последнем случае возникают симптомы в соответствующих отделах полей зрения.

55. Опишите, какие нарушения возникают при поражении наружного коленчатого тела и зрительного сияния.

Эталон ответа:

При полном поражении наружного колленчатого тела возникает полная односторонняя гемианопсия (левосторонняя или правосторонняя), при частичном поражении – неполная, с границей в виде вертикальной линии. Зрительное сияние (пучок Грациоле). Это область мозга поражается довольно часто, что приводит к гомонимной гемианопсии, то есть выпадению полей зрения. Из-за широкого расхождения волокон в пучке Грациоле гомонимная гемианопсия часто является неполной, то есть слепота не распространяется на всю левую (или правую) половину поля зрения.

56. Пациент 28 лет попал в автомобильную аварию. Основной удар пришелся на область затылка. В течение часа он не приходил в сознание; очнувшись, обнаружил, что ничего не видит. В стационаре окулист и невропатолог патологии не выявили. При нейропсихологическом исследовании не удалось провести комплекс проб на зрительное узнавание из-за полной слепоты больного. Со стороны других высших психических функций патологии не выявлено.

Опишите локализацию очага поражения, нейропсихологические симптомы/синдром, нейропсихологические методы диагностики, применяемые в данном случае.

Эталон ответа:

Корковая слепота. Связана с билатеральным поражением первичных полей зрительного анализатора. Локализация очага поражения – полюсы обеих затылочных долей 17 поля. Пробы для исследования зрительного гнозиса: узнавание реальных предметов, реалистичных изображений, пробы «фигура-фон», перечеркнутые, наложенные изображения (пробы Поппельрейтера), зашумленные изображения.

57. Женщина 35 лет, поступила в неврологическое отделение после семейного конфликта, во время которого упала и ударилась затылком о журнальный столик. Предъявляла жалобы на головную боль в затылочной области ноющего характера. При нейропсихологическом исследовании выявлены нарушения при выполнении следующих проб: поставить точку в центр круга и креста, обвести круг и крест, трудности при выделении фигуры из фона, при узнавании лиц, невозможность выполнения самостоятельного рисунка и письма.

Опишите локализацию очага поражения, нейропсихологические симптомы/синдром, нейропсихологические методы диагностики, применяемые в данном случае.

Эталон ответа:

Имеет место очаговое поражение мозга. Нейропсихологические симптомы и синдромы: симультанная агнозия, предметная агнозия при выполнении сенсibilизированных проб, прозопагнозия, невозможность совершения зрительно-конструктивной деятельности. Локализация очага поражения: очаговое поражение затылочных зон, преимущественно правого полушария. Пробы для исследования зрительного гнозиса: узнавание реальных предметов, реалистичных изображений, пробы «фигура-фон», перечеркнутые, наложенные изображения, зашумленные изображения (пробы Поппельрейтера).

58. Пациент 58 лет поступил в неврологическое отделение с жалобами на головные боли и некоторое ухудшение зрения. При нейропсихологическом исследовании выявлено: а). игнорирование левой половины зрительного поля, которое в некоторых видах деятельности может компенсировать. б). сужение объема зрительного восприятия вплоть до мягко выраженной симультанной агнозии, лицевая агнозия. в). дефекты функций, опирающихся на пространственные синтезы, пространственную организацию движений, пространственное восприятие, зрительно – конструктивную деятельность, г) грубые расстройства рисунка.

Опишите локализацию очага поражения, нейропсихологические симптомы/синдром, нейропсихологические методы диагностики, применяемые в данном случае. Выпадение какого фактора наблюдается в данном случае?

Эталон ответа:

Конструктивная апраксия, симультанная агнозия, левостороннее зрительное невнимание. Выпадение зрительного пространственного фактора наблюдается в данном случае. Локализация очага поражения: затылочно-теменные отделы правого полушария. Пробы для исследования зрительного гнозиса: узнавание реальных предметов, реалистичных изображений, пробы «фигура-фон», перечеркнутые, наложенные изображения, зашумленные изображения (пробы Поппельрейтера).

59. У больного А. 37 лет после автомобильной аварии нарушилась речь: он говорил малопонятно, путал буквы в словах, иногда отвечал на вопросы не впопад. При этом интонационный компонент речи был полностью сохранен. При нейропсихологическом исследовании выявлено: нарушение фонематического слуха, заключающееся в том, что больной не дифференцирует преимущественно сходные фонемы, иногда путает другие согласные и гласные звуки. Это проявляется в трудностях называния предметов и понимания обращенной речи. Подсказка не помогала больному правильно назвать предъявленное изображение. Была нарушена номинативная функция речи. Те же нарушения наблюдаются у него при чтении и письме. Другие высшие психические функции грубо не нарушены.

Опишите локализацию очага поражения, нейропсихологические симптомы/синдром, нейропсихологические методы диагностики, применяемые в данном случае.

Эталон ответа:

Нейропсихологические синдромы и симптомы: нарушение фонематического слуха, номинативной функции речи. Синдром акустико-гностической и амнестической афазии. Связано с поражением первичных и вторичных полей слухового анализатора. Локализация очага поражения: верхневисочные отделы, задневисочные отделы доминантного полушария. Пробы с оппозиционными фонемами, название предметов и их изображений.

60. У больного Е., 48 лет, в течение 2 – 3 месяцев существенно снизилась слухо – речевая память. Работая преподавателем в высшем учебном заведении, он почувствовал свою профессиональную несостоятельность, так как не мог запоминать вновь изученный материал, тут же забывая то, что прочитал несколько минут назад. При этом ранее приобретенные профессиональные знания оставались у него относительно сохраненными. При нейропсихологическом исследовании на фоне сохранности фонематического слуха имела место выраженная тормозимость следов памяти в условиях как гомо -, так и гетерогенной интерференции: больному не мог воспроизвести серию из 6 – ти слов и 2 серии по 3 слова. После гетерогенной интерференции в обоих пробах воспроизвел по 1 слову. При назывании предметов подсказка помогала припоминанию. При поступлении в стационар был выставлен предварительный диагноз объемного образования мозга.

Опишите локализацию очага поражения, нейропсихологические симптомы/синдром, нейропсихологические методы диагностики, применяемые в данном случае.

Эталон ответа:

Объемный процесс располагается в средне-височных отделах. Нейропсихологический синдром – акустико-мнестическая афазия. Локализация очага поражения: средняя височная извилина. По закону Т. Рибо: сначала утрачивается память на недавние события, затем память на более упроченные знания и события прошлого. Пробы для исследования

импрессивной речи: фонематические пробы, понимание ситуационной и внеситуативной речи.

61. У больного О. при поступлении наблюдались головные боли и быстрая астенизация. В последнее время появились трудности при изложении своих мыслей, так как не мог вспомнить нужное слово. Предметы описывал, исходя из их функции. При нейропсихологическом исследовании были выявлены нарушения речи следующего характера: а) извращение звукового состава слова, замена одного слова другим, неблизким по звучанию, б) нарушение повторной речи с трудностями при воспроизведении сходных фонем, в) снижение продукции при назывании существительных, г) наблюдались некоторые трудности в понимании речи и при звуковом анализе слова, д) при чтении и письме путал сходные фонемы.

Опишите локализацию очага поражения, нейропсихологический фактор, симптомы/синдром, нейропсихологические методы диагностики, применяемые в данном случае.

Эталон ответа:

Системное нарушение речи за счет нарушения фонематического слуха и номинативной функции речи. Синдромы: акустико-гностическая и акустико-мнестическая афазия. Локализация очага поражения: верхне и средне височные отделы слева. Главный нейропсихологический фактор – нарушение фонематического слуха. Пробы для исследования фонематического слуха: пробы с оппозиционными фонемами, понимание ситуативной и внеситуативной речи.

62. У больного Д., 25 лет, после полученной во время спортивной тренировки черепно-мозговой травмы утратилась способность различать людей по голосу, узнавать музыкальные мелодии и снизилась чувствительность на левой стороне тела. В отделении неврологии, куда он был доставлен, при проведении нейропсихологического исследования обнаружены следующие нарушения: а) снижение тактильной чувствительности преимущественно на левой руке, проявившееся в пробах на локализацию точки прикосновения, Ферстера и при переносе поз слева направо, б) трудности при воспроизведении простых ритмов обеими руками, в) невозможность дифференциации индивидуальной принадлежности голоса, в) избирательное узнавание бытовых шумов.

Опишите локализацию очага поражения, нейропсихологические симптомы/синдром, нейропсихологические методы диагностики, применяемые в данном случае.

Эталон ответа: Тактильная агнозия на фоне гемипареза слева, аритмия, звуковая неречевая агнозия. Синдром очагового поражения правых височных отделов. Локализация очага поражения: вторичные слуховые поля слева. Пробы для исследования слухового неречевого гнозиса: пробы на узнавание бытовых шумов, музыкальных композиций, выстукивание ритмов.

63. Больная З, 52 лет, заметила, что ей стало трудно распознавать голоса звонивших по телефону людей. Одновременно она перестала различать доносившиеся до нее шумы и звуки, хотя слышала их достаточно отчетливо. Кроме того, появились трудности пространственной ориентировки: она не всегда находила дорогу домой, так как шла в противоположную от него сторону. Ранее подобного рода нарушений у З. не отмечалось. Она обратилась за помощью к невропатологу, была госпитализирована в неврологическое отделение, где ей проведено нейропсихологическое исследование. В ходе исследования выявились: а) трудности при воспроизведении простых ритмов обеими руками, б) невозможность дифференцировки половой и индивидуальной принадлежности голоса, в)

избирательное узнавание бытовых шумов, г) трудности ориентировки в реальном и формализованном пространстве.

Опишите локализацию очага поражения, нейропсихологические симптомы/синдром, нейропсихологические методы диагностики, применяемые в данном случае.

Эталон ответа:

Слуховая неречевая агнозия, нарушение ориентировки в реальной пространстве. Локализация очага поражения: височные отделы справа, теменно-затылочные отделы справа. Пробы для исследования слухового неречевого гнозиса: пробы на узнавание бытовых шумов, музыкальных композиций, выстукивание ритмов.

64. Больной, 38 лет, архитектор, стал испытывать трудности при составлении чертежей. Кроме того, обладая прекрасной пространственной ориентировкой, он вдруг начал испытывать трудности ориентировки в пространстве и не всегда шел в нужном направлении, даже когда эта дорога была ему хорошо известна. Он обратился на консультацию к врачу с жалобами на то, что становится несостоятельным и в жизни, и в профессиональной деятельности. С подозрением на очаговое поражение мозга он был направлен к нейропсихологу. Нейропсихологическое исследование выявило: а) трудности ориентировки в реальном пространстве, б) снижение ориентировки в формализованном пространстве, проявившееся при выполнении проб: копирование с перешифровкой геометрической фигуры и человечка, бутылочки, домик на горке, в зеркальности при выполнении двуручных проб и при воспроизведении фигуры Рей – Тейлор, в) нарушения квазипространственных отношений проявились пространственными ошибками в счете. Опишите локализацию очага поражения, нейропсихологические симптомы/синдром, нейропсихологические методы диагностики, применяемые в данном случае.

Эталон ответа:

Нарушение ориентировки в реальном пространстве, пространственные нарушения в счете, нарушение оптико-пространственного гнозиса и праксиса. Нейропсихологический синдром: апракто-агнозия, акалькулия. Локализация очага поражения: теменно-затылочные отделы слева. Пробы для исследования оптико-пространственного гнозиса: пробы Хэда, домик на горке, копирование с перешифровкой, тест рисования часов.

65. Больная, 48 лет, всегда плохо ориентировалась в пространстве, путая правую и левую стороны. Помогало ей найти правильную дорогу речевое и зрительное опосредование. Однако, в школьный период она получала четверки и пятерки по географии, геометрии и черчению, хотя эти предметы усваивались ей сложнее, чем остальные. За 3 месяца до поступления в стационар она почувствовала сильные головные боли, которые носили постоянный характер. Ее ориентировка полностью нарушилась и в собственной квартире она не сразу могла найти нужную комнату. При нейропсихологическом исследовании выявлены следующие нарушения: а) трудности ориентировки в реальном пространстве, б) снижение ориентировки в формализованном пространстве, проявившееся при выполнении проб: определение времени на схематических часах, географическая карта, зеркальное письмо, копирование с перешифровкой геометрической фигуры и человечка, бутылочки, домик на горке, совмещение фигур их мысленным вращением. При воспроизведении фигуры Рей – Тейлор имели место 4 пространственные и 2 структурные ошибки на фоне 10 утраченных элементов, в) наблюдалась зеркальность при выполнении двуручных проб, г) нарушения квазипространственных отношений были менее выражены и проявлялись в недостаточном понимании сложных логико – грамматических конструкций и конструкции родительного падежа.

Опишите локализацию очага поражения, нейропсихологические симптомы/синдром, нейропсихологические методы диагностики, применяемые в данном случае.

Эталон ответа:

У больной имеется очаговое поражение мозга. Синдром левополушарных пространственных нарушений. Локализация очага поражения: затылочно-теменные отделы слева. При поражении субдоминантного полушария нарушается преимущественно ориентировка в реальном пространстве, доминантного – в формализованном. Пробы для исследования квазипространственных отношений: проба «бабочка-ящик», пробы Бине, понимание родительного падежа, пространственных и временных предлогов.

66. Больная, 48 лет, обратилась с жалобами на расстройства движений в правой руке, которое стало ее беспокоить около 1 месяца назад. При нейропсихологическом исследовании выявлено: а) трудности при узнавании предметов наощупь правой рукой, б) при выполнении пробы на праксис позы правой рукой – «рука – лопата», в) нарушения речи с трудностями дифференцировки сходных артикулем, г) нарушения чтения и письма с трудностями дифференцировки сходных артикулем.

Опишите локализацию очага поражения, нейропсихологические симптомы/синдром, нейропсихологические методы диагностики, применяемые в данном случае.

Эталон ответа:

Имеющиеся нарушения можно связать с очаговым поражением головного мозга. Нейропсихологические синдромы: астереогноз, кинестетическая апраксия, афферентная моторная афазия. Локализация очага поражения: нижне-теменные отделы слева. Можно предполагать опухоль. Пробы на узнавание предметов на ощупь, пробы на праксис поз, пробы на артикуляционный праксис, пробы для исследования экспрессивной речи.

67. Больной, 32 года, после автомобильной аварии почувствовал слабость в обеих руках и трудности при совершении ими произвольных движений. Беспокоила также сильная постоянная головная боль. При нейропсихологическом исследовании выявлено: а) трудности при узнавании предметов наощупь обеими руками, б) при выполнении пробы на праксис позы обеими руками – «рука – лопата», в) существенное увеличение времени при собирании «доски Сегена»: двумя руками – 12 минут, правой рукой – 15 минут, левой рукой – 14 минут, г) нарушения устной речи, чтения и письма с трудностями дифференцировки сходных артикулем.

Опишите локализацию очага поражения, нейропсихологические симптомы/синдром, нейропсихологические методы диагностики, применяемые в данном случае.

Эталон ответа:

Нейропсихологические симптомы и синдромы: астереогноз, кинестетическая апраксия, афферентная афазия. Локализация очага поражения: нижне-теменные отделы слева. Может наблюдаться пальцевая агнозия при поражении субдоминантного полушария. Пробы на узнавание предметов наощупь, пробы на праксис поз, пробы на артикуляционный праксис, пробы для исследования экспрессивной речи.

68. Больная, 48 лет, стенографист, после автомобильной аварии заметила, что у нее снизилась быстрота и плавность движений, изменился почерк. Ей стало трудно говорить, так как при разговоре она не могла переключиться с одной ранее сказанной фразы на другую. Те же трудности наблюдались и при письме. В ходе нейропсихологического исследования выявлено: а) трудности при выполнении проб на реципрокную координацию рук и «кулак – ребро – ладонь» правой рукой, б) невозможность пересчета пальцев на правой руке, в) при воспроизведении ритмов по инструкции невозможность переключения с одной пачки на другую, г) при воспроизведении ритмических структур по образцу – трудности при переходе с сильных ударов на слабые, д) двигательные персеверации при

рисовании круга и пяти палочек, е) невозможность перехода с одной артикуляции на другую при повторении слогов, ж) элементы «заклинивания» при письменном воспроизведении фраз. Нарушения в выполнении всех двигательных проб наблюдались при движении правой руки.

Опишите локализацию очага поражения, нейропсихологические симптомы/синдром, нейропсихологические методы диагностики, применяемые в данном случае.

Эталон ответа:

Кинетическая апраксия, моторная эфферентная афазия. Локализация очага поражения: премоторные отделы слева. Нейропсихологический синдром: эфферентный синдром. Пробы для исследования кинетического праксиса: кулак-ребро-ладонь, реципрокная координация.

69. У больного, оперированного по поводу опухоли левой височной области, отмечается нарушение понимания устной и письменной речи, самостоятельная речь представлена «словесной окрошкой».

Опишите локализацию очага поражения, нейропсихологические симптомы/синдром, нейропсихологические методы диагностики, применяемые в данном случае.

Эталон ответа:

Нарушение – акустико-гностическая афазия. Нейропсихологический фактор – нарушение фонематического слуха. Локализация очага поражения: верхне височные отделы слева. Для данного синдрома также характерны ошибки при выполнении фонематических проб. Пробы для исследования фонематического слуха: пробы с оппозиционными фонемами, понимание ситуативной и внеситуативной речи.

70. Разработайте психодиагностическое обследование для следующего пациента. 1. Данные о пациенте: - мужчина; - дата рождения: 29.01.1947; - возраст на момент освидетельствования: 51 год; - образование: 7 классов; - основные профессии: шофер, разнорабочий. 2. Диагноз: церебральный атеросклероз, дисциркуляторная энцефалопатия 1-11 ст. смешанного генеза. 3. Социальный анамнез: пациент в настоящее время имеет III группу инвалидности (в течение 5 лет). Живет один. С женой разведен. Со слов больного, самообслуживание затруднено. На инвалидность ушел, работая разнорабочим. Шофером не работает уже в течение 7 лет. 4. Психологический анамнез: - постоянно жалуется на состояние своего здоровья. Считает, что за последнее время оно значительно ухудшилось. После получения III группы инвалидности (5 лет назад) больше не работал и считает, что не сможет работать в дальнейшем; - причинами заболевания считает только объективные факторы, т.е. независящие от самого больного. Считает, что всегда много работал, уставал, всегда имел слабое здоровье; - считает, что заболел («так как написано в диагнозе» - слова больного) после гриппа, перенесенного на ногах, а лечиться некогда было, все время работал. Больной считает, что сразу заболел сильно, а дальше были только ухудшения, а «врачи считали, что я лгу, и дали мне только третью группу инвалидности»; - до болезни, как считает больной, он был здоров, много трудился, имел много друзей, семью, детей, а когда заболел, то «стал никому не нужен»; - сменил много мест работы. В последнее время, в течение 7 лет, сменил 8 мест работы, в основном работал разнорабочим (слесарь, сварщик, плотник, сторож, грузчик).

Эталон ответа:

Диагностические параметры и методики: - познавательная сфера (память, внимание, мышление, речь) – «Заучивание 10 слов», таблицы Шульте, анализ речи, письма и чтения, «Зрительная память», «Сравнение понятий», «Простые аналогии», «Выявление общих понятий»; - оценка личности (самооценка, уровень притязаний, локус контроля, эмоциональное состояние).

71. Разработайте психодиагностическое обследование для следующего пациента. 1. Данные о пациенте: - женщина; - дата рождения: 08.04.1972; - возраст на момент освидетельствования: 26 лет; - образование: высшая бухгалтерская школа; - профессия: бухгалтер 2. Диагноз: смешанный астигматизм правого глаза. Врожденный микрофтальм слева, атроблизия. 3. Социальный анамнез: больная живет с мамой и старшей сестрой. По профессии работу не нашла. Работала лаборантом в школе, библиотекарем. 4. Психологический анамнез: - больная жалоб не предъявляет. Инфантильна; врожденные причины заболевания: «родилась с этим, ухудшалось потом»; -училась нормально, проблем в общении со сверстниками не отмечает, но круг общения был сужен; работать не хочет, переучиваться тоже: «Хочу побыть дома, отдохнуть. Я устала. Мне все надоело. Кому я такая нужна, если здоровые не могут устроиться».

Эталон ответа:

Диагностические параметры и методики: - познавательная сфера (память, внимание, мышление, речь) – «Заучивание 10 слов», таблицы Шульте, анализ речи, письма и чтения, «Зрительная память», «Сравнение понятий», «Простые аналогии», «Выявление общих понятий»; - оценка личности (самооценка, уровень притязаний, локус контроля, эмоциональное состояние); - профориентационные методики.

72. Разработайте психодиагностическое обследование для следующего пациента. 1. Данные о пациенте: мужчина; - дата рождения: 20.12.1980; - возраст на момент освидетельствования: 18 лет; - образование: учащийся 9-го класса средней школы; - профессия: не имеет. 2. Диагноз: врожденная оперированная субкомпенсированная глаукома обоих глаз. 3. Социальный анамнез: мальчик учился на дому в обычной школе. Живет с родителями, бабушкой и сестрой. Не учится и не работает. Профессии не имеет. Перспектив к обучению не видит. Ничем активно не интересуется: читает мало, больше гуляет. Имеет постоянный круг друзей, но достаточно ограниченный. 4. Психологический анамнез: - жалобы на ограничения в жизнедеятельности, в частности на невозможность работать с таким заболеванием. Болей не испытывает, но затруднения имеются: не может долго читать, трудно читать текст, написанный мелким шрифтом; - причины возникновения заболевания: «родился такой!», «никто не виноват!»; -всегда было трудно учиться, но до пятого класса учился в классе со всеми, пока не перестал успевать - плохо видел с доски и плохо «соображал!»; -когда учился на индивидуальном обучении, дома часто оставался один, читал мало, очень подолгу смотрел телевизор.

Эталон ответа:

Диагностические параметры и методики: - познавательная сфера (память, внимание, мышление, речь) – «Заучивание 10 слов», таблицы Шульте, анализ речи, письма и чтения, «Зрительная память», «Сравнение понятий», «Простые аналогии», «Выявление общих понятий»; - оценка личности (самооценка, уровень притязаний, локус контроля, эмоциональное состояние); - профориентационные методики.

73. Разработайте психодиагностическое обследование, используя следующие сведения о пациенте. 1. Данные о пациенте. - женщина; - дата рождения: 20.07.1944; - возраст на момент освидетельствования: 54 г.; - образование: 7 классов; - профессия: рабочая. 2. Диагноз: токсическая энцефалопатия с выраженными интеллектуально-мнестическими нарушениями и координаторными нарушениями. 3. Социальный анамнез: живет с дочерью и внучкой. Больная выпивает. Домашними делами не интересуется. Общение ограничено. Не работает и не собирается искать работу. Себя алкоголиком не считает. 4. Психологический анамнез: - жалобы связаны с тем, что больная считает себя нетрудоспособной, по симптоматике заболевания жалоб не предъявляет; - субъективные причины возникновения болезни – «болезненная с детства»; объективные причины – «всю

жизнь «горбатилась» на наше государство – а что взамен?...»; «сначала голова кружилась, слабость была, а потом совсем плохо стала себя чувствовать, так, что работать не смогла»; «я уж и не помню, какой была до болезни, давно болею»; - нетрудоспособна.

Эталон ответа:

Диагностические параметры и методики: - познавательная сфера (память, внимание, мышление, речь) – «Заучивание 10 слов», таблицы Шульте, анализ речи, письма и чтения, «Зрительная память», «Сравнение понятий», «Простые аналогии», «Выявление общих понятий»; - оценка личности (самооценка, уровень притязаний, локус контроля, эмоциональное состояние).

74. Разработайте психодиагностическое обследование, используя следующие сведения о пациенте. 1. Данные о пациенте: - женщина; - дата рождения: 22.11.1977; - возраст на момент освидетельствования: 21 год; - образование: 2-й курс колледжа; - профессия: художник-декоратор. 2. Диагноз: сахарный диабет 1 типа, тяжелая форма (инсулинозависимая). 3. Социальный анамнез: живет с мамой, инвалидом II группы. Болеет с 14 лет. Учится. Хочет стать «свободным художником», посещать свободно место учебы «для сохранения общения с людьми» и соблюдения режима питания. Стрижет собак для получения заработка. 4. Психологический анамнез: -жалоб на состояние здоровья не предъявляет. Ограничений жизнедеятельности, со слов больной, не испытывает; -причиной болезни считает стресс, связанный с уходом отца из семьи. Считает, что болезнь развивалась и развивается очень быстро. Режим питания больная соблюдала в течение 5 лет и уже 2 года инсулинозависима, что ограничивает ее жизнь; -все началось со слабости, головокружения, иногда кратковременной потери сознания. Пошла к врачу, сдала анализы. Сразу был поставлен диагноз - сахарный диабет. Когда узнала о диагнозе, много плакала, затем поняла, что надо жить. Тем более, что мама уже тогда неизлечимо заболела, и ей дали III группу, а три года назад - II группу инвалидности; -до болезни была более активна, имела больше друзей. Рисовать любила всегда, но не хватало времени заняться этим основательно. После начала заболевания стала уделять больше времени любимому занятию.

Эталон ответа:

Диагностические параметры и методики: - познавательная сфера (память, внимание, мышление, речь) – «Заучивание 10 слов», таблицы Шульте, анализ речи, письма и чтения, «Зрительная память», «Сравнение понятий», «Простые аналогии», «Выявление общих понятий»; - оценка личности (самооценка, уровень притязаний, локус контроля, эмоциональное состояние); - профориентационные методики.

75. Разработайте психодиагностическое обследование, используя следующие сведения о пациенте. 1. Данные об инвалиде: - мужчина; - дата рождения: 22.07.1953; - возраст на момент освидетельствования: 45 лет; -образование: среднетехническое; - профессия: оператор ЭВМ. 2. Диагноз: последствия черепно-мозговой травмы с преимущественным поражением правой стороны тела. 3. Социальный анамнез: пациент в настоящее время не работает - находится на больничном листе. Решается вопрос о первичной инвалидизации. Проживает в двухкомнатной квартире с женой и детьми (дочь 17 лет, сын 11 лет). Дома обслуживает себя с трудом, минимально. 4. Психологический анамнез: - жалобы на состояние здоровья, отсутствие подвижности в руке, невозможность удерживать предметы в правой руке и т.д.; -причиной заболевания считает травму. Никого в ней не винит. Ругает больше себя, за то, что был неосторожен; -с симптоматикой заболевания не знаком и не стремится ничего узнать. Считает, что все скоро нормализуется. О заболевании говорит спокойно; -считает, что до болезни был более активен, жизнерадостен. Сейчас нередко испытывает агрессию. Со слов пациента, настроение может резко меняться. Со слов жены, пациент часто испытывает депрессивные состояния: «уходит в себя», замыкается,

отгораживается, редко вступает в общение как с детьми, так и с женой; -до болезни очень много времени проводил на работе. Работу любит и хочет вернуться к ней после болезни. От инвалидности не отказывается, но стремится получить ее на время, чтобы поправить здоровье.

Эталон ответа:

Диагностические параметры и методики: - познавательная сфера (память, внимание, мышление, речь) – «Заучивание 10 слов», таблицы Шульте, анализ речи, письма и чтения, «Зрительная память», «Сравнение понятий», «Простые аналогии», «Выявление общих понятий»; - оценка личности (самооценка, уровень притязаний, локус контроля, эмоциональное состояние).

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 сформированности 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 закреплённом 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 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 и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	высокая логичность и последовательность ответа
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	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

	теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа		
--	---	--	--