Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения и

социального развития Российской Федерации

ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздравсоцразвития России

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

**СБОРНИК**

 **СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ**

**по дисциплине «**Патология памяти**»**

**для специальности** 030401 - Клиническая психология (очно-заочная форма обучения)

Красноярск

2013г.

УДК

ББК

 С

 Сборник методических указаний для обучающихся к семинарских занятиям по дисциплине «Проблемы афазии» для специальности 030401 - Клиническая психология (очно-заочная форма обучения) / сост. Прокопенко С.В., Можейко Е.Ю., и др. – Красноярск: тип. КрасГМУ, 2013г. – с. (указать количество страниц).

**Составители:** доктор медицинских наук, профессор Прокопенко С.В.

 кандидат медицинских наук, доцент Харламова Г.В.

 кандидат медицинских наук, ассистент Можейко Е.Ю.

 доктор медицинских наук, профессор Похабов Д.В.

 доктор медицинских наук, профессор Народова В.В.

 кандидат медицинских наук, доцент Дроздова Л.Н.

 доктор медицинских наук, профессор Колесникова И.В.

 ассистент Швецова И.Н.

 Сборник методических указаний к семинарских занятиям предназначен для аудиторной работы обучающихся. Составлен в соответствии с ФГОС ВПО 2013г. по специальности/направлению подготовки 030401 – Клиническая психология (очно-заочная форма обучения), рабочей программой дисциплины (2013г.) и СТО СМК 4.2.01-11.Выпуск 3.

 Рекомендован к изданию по решению ЦКМС (Протокол №\_\_ от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_).

КрасГМУ

2013г.

**Тема:** «Кора головного мозга. Высшие мозговые функции и их расстройства: афазия, апраксия, агнозия, амнезия. Синдромы поражения отдельных долей и полушарий головного мозга».

**Задачи:**

1. Общий судорожный припадок у больного начинается с поворота головы и глаз вправо.

Вопросы: Какова локализация патологического очага?

Ответы

1. Больной эйфоричен, не оценивает своего состояния, дурашлив, память ослаблена, склонен к плоским остротам, неопрятен, лишен самоконтроля. Выявляются рефлексы орального автоматизма, хватательные рефлексы, симптом противодержания.

Вопросы: Где находится топический очаг?

1. Больной не узнает предметы при ощупывании правой рукой с закрытыми глазами, в то же время описывает их отдельные свойства, так как чувствительность в правой руке не нарушена.

Вопросы: Назовите симптом?

Где локализуется патологический очаг?

1. У больного отмечаются периодические судорожные припадки, начинающиеся с клонических судорог в левой ноге, которые затем охватывают левую руку и половину лица.

Вопросы: Как называются такие припадки?

Где находится патологический очаг?

1. За несколько секунд до начала генерализованного судорожного припадка у больного возникает ощущение радужных колец перед глазами, предметы теряют свои очертания и цвет.

Вопросы: Как называются эти нарушения?

Где локализуется патологический очаг?

**Тема:** «Механизмы памяти».

**Задачи:**

1. Больная Ю., 66 лет. В прошлом работала препода-

вателем средней школы. В психиатрической больнице находится

три года без выписки. Сознание ясное. Себя называет правильно,

но при беседе обнаруживается, что больная не помнит текущей

даты, не помнит своего возраста, не помнит, сколько времени на-

ходится в больнице, не помнит, как зовут лечащего врача. Настрое-

ние хорошее. На просьбу вспомнить, чем она занималась вчера, со-

общила следующее: «Вчера с утра были занятия, проходили тему

“Пушкин и декабристы“. А затем сидела на педсовете. Хулигана

Галкина опять обсуждали».

2.Больной З., 78 лет, колхозник. В течение несколь-

ких недель находился на лечении в психиатрической больнице,

жалуется лишь на отсутствие зрения на правый глаз, где имеет-

ся помутнение роговицы. В отделении спокоен, подсаживается 43

к больнымпожилоговозраста, очем-тоснимибеседует. Вобщении

с врачом, больными вежлив, предупредителен, даже несколько сла-

щав. Приветливо здоровается, но встретив врача через несколько

минут, приветствует его снова. Часто приоткрывает дверь в каби-

нет и вежливо осведомляется, не пришел ли консультант-окулист,

через пять минут спрашивает о том же. Числа, месяца, года назвать

не может. Видя вокруг людей в белых халатах, догадывается, что

его положили в больницу, но какую, не помнит. Рассказывает, что

только вчера приехал из деревни: «Вот лошадь во дворе привязал,

сейчас ходил сена ей давал». Вернувшись после консультации из

кабинета профессора, всем рассказывает с убеждением, что про-

фессор угощал его шампанским, сердился, когда ему говорили,

что этого не было. Любит рассказывать о днях своей молодости,

помнит события прошлых лет, правильно воспроизводит события

войны, в которой принимал участие. Перечисляет имена своих де-

тей, назвать имена внуков не может, говорит каждый раз разные.

Квалифицировать нарушения памяти и синдром.

3.Больной M., 23 лет, после тяжелой травмы головы

лечился в больнице в течение 6 месяцев с нарушениями памяти.

В то время не мог воспроизвести события пятилетней давности.

Спустя год после выписки: спокоен. Охотно отвечает на вопросы.

Обнаруживает амнезию на период, предшествующий травме. Не

помнит событий после травмы, амнезировал пребывание в трав-

матологическом отделении; месяцы, проведенные в психиатриче-

ской больнице. Помнит, что к нему «иногда» приезжали родители.

Помнит хорошо день выписки. С трудом вспомнил имена врачей

и медицинского персонала. Жалуется, что у него «плохая память»

: «все приходится записывать».

Квалифицировать нарушения памяти.

4.Больной с возмущением говорил: «Ужасные без-

образия творятся в этой клинике, вчера, например, меня посадили

в клетку, а до этого заставили вылезать на улицу через окно».

Определить нарушения памяти.

5.Больная 43 лет, поступает в психиатрическую боль-

ницу с одинаковыми состояниями в четвертый раз. Настроение

повышено, многоречива, деятельна, плохо спит. Читает наизусть

стихи Блока и страницы из произведений Чехова почти без оши-

бок, можно сверять с текстом. Когда такие состояния проходят, то

стихи помнит отрывками, а прозу воспроизвести не может.

Как называются такие временные нарушения памяти?

**Тема:** «Легкие и умеренные когнитивные нарушения».

**Задачи:**

1. Больной 42 лет после перенесенного алкогольного

делирия находится в больнице более 6 месяцев. При беседе пра-

вильно называет имя и отчество, возраст знает. Не помнит, когда

поступил в больницу, всегда говорит: «Вчера, наверное». Уверяет,

что вчера был дома, «перевозил мебель на другую квартиру», ино-

гда говорит, что ходил на работу, «закрыл наряды», а затем вер-

нулся.

Как называется это расстройство?

1. Больной эйфоричен, не оценивает своего состояния, дурашлив, память ослаблена, склонен к плоским остротам, неопрятен, лишен самоконтроля. Выявляются рефлексы орального автоматизма, хватательные рефлексы, симптом противодержания.

Вопросы: Где находится топический очаг?

3.У больного отмечаются периодические судорожные припадки, начинающиеся с клонических судорог в левой ноге, которые затем охватывают левую руку и половину лица.

Вопросы: Как называются такие припадки?

Где находится патологический очаг?

1. За несколько секунд до начала генерализованного судорожного припадка у больного возникает ощущение радужных колец перед глазами, предметы теряют свои очертания и цвет.

Вопросы: Как называются эти нарушения?

Где локализуется патологический очаг?

5.Больной не узнает предметы при ощупывании правой рукой с закрытыми глазами, в то же время описывает их отдельные свойства, так как чувствительность в правой руке не нарушена.

Вопросы: Назовите симптом?

Где локализуется патологический очаг?

**Тема:** «Деменция».

**Задачи:**

1. Пациентка К., 70 лет, предъявляет следующие жалобы:
– головная боль давящего характера двухсторонней локализации интенсивностью 3-4 балла по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), частотой 2-3 раза в месяц;
– немотивированная тревога, волнение, значительное эмоциональное беспокойство по незначительным поводам, снижение фона настроения;
– трудности засыпания, частые ночные пробуждения;
– ухудшение памяти, снижение умственной работоспособности, повышенная утомляемость.
Указанные жалобы беспокоят в течение последнего года, со слов пациентки, носят стационарный характер без видимого прогрессирования.
Из анамнеза жизни известно, что пациентка всегда отличалась хорошим здоровьем. В последние 2-3 года отмечаются эпизодические подъемы артериального давления (АД) до 150/90 мм рт. ст. Терапию по данному поводу не получает.
При осмотре: очаговой неврологической симптоматики не выявлено, за исключением умеренного хоботкового рефлекса. Нейропсихологические методы исследования не применялись.
Был поставлен диагноз: хроническая ишемия мозга. Астено-невротический синдром.
Назначены: винпоцетин (кавинтон) 5 мг 3 раза в день, N-Никотиноил-гамма-аминомасляной кислоты натриевая соль (пикамилон) по 0,05 г 3 раза в день, амитриптилин 50 мг/сут.
Повторная консультация (через 6 мес): пациентка пришла на прием в сопровождении дочери. С ее слов, на фоне проведения рекомендованной терапии состояние пациентки значительно ухудшилось: усилились расстройства памяти, поведение не всегда адекватное, отмечался эпизод психомоторного возбуждения ночью с дезориентировкой в месте и времени.
Сама пациентка выглядит вялой, апатичной и несколько растерянной, ночной эпизод полностью амнезировала.
Неврологический статус без динамики. При проведении нейропсихологического тестирования оценка по шкале скрининговой оценки психического статуса (MMSE) составила 23 балла. Пациентка неправильно назвала число и день недели, дважды ошиблась в счете (93-7=84 и 72-7=62), вспомнила лишь одно слово из трех, неправильно нарисовала пятиугольники. Возникли значительные трудности в работе над тестом рисования часов.

**Вопросы**

Каков наиболее обоснованный диагноз на момент первого осмотра?

Какое клиническое или инструментальное исследование необходимо было в первую очередь провести для уточнения диагноза на момент первого осмотра?

1. Пациентка М., 67 лет, обратилась с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость при физической и умственной нагрузке, редкие головные боли давящего характера, несистемное головокружение, пошатывание при ходьбе (больше влево), снижение фона настроения.
Указанные жалобы появились исподволь, без видимой причины и за последний год, со слов пациентки, усиливаются по выраженности. В анамнезе длительная неконтролируемая артериальная гипертензия (АГ) с повышением АД до 180/110 мм рт. ст., обычное для больной АД 160-150/100-90. В течение последних 5 лет страдает сахарным диабетом, который в настоящее время находится в состоянии субкомпенсации.
При осмотре: черепно-мозговая иннервация интактна, за исключением рефлексов орального автоматизма, легкая гипомимия. Парезов нет. Мышечный тонус незначительно повышен по пластическому типу, но без феномена «зубчатого колеса», больше в левых конечностях. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно, но в пробе на диадохокинез выявляется отставание левой руки. Походка: обращает на себя внимание небольшое отставание левой ноги при ходьбе. Нейропсихологическое тестирование: MMSE – 27 баллов (не назвала число, одна ошибка в серийном счете (79-7=62), не вспомнила одно слово из трех). Часы нарисовала правильно. Обращает на себя внимание медленное выполнение нейропсихологических проб.
Диагноз: дисциркуляторная энцефалопатия II стадии. Амиостатический синдром. Синдром умеренных когнитивных нарушений.
Назначения: эналаприл 5 мг/сут, циннаризин 10 мг три раза в день, пирацетам 200 мг три раза в день, глицин по 1 таблетке под язык.
Повторная консультация через 6 мес. Пациентка сообщает об отсутствии какого-либо положительного эффекта несмотря на уменьшение выраженности АГ. Стала обращать внимание на эпизодическое дрожание в левой руке, которое возникает при волнении и эмоциональном напряжении.
При осмотре: неврологический статус без существенной динамики.

**Вопросы**1. Оцените выраженность когнитивных нарушений:
2. Наиболее вероятный диагноз?

3. Пациент В., 67 лет, предъявляет следующие жалобы:
– несистемное головокружение в виде чувства неустойчивости и пошатывания при ходьбе;
– шум, тяжесть и дискомфорт в голове;
– повышенная утомляемость при умственной работе, трудности сосредоточения, ухудшение памяти.
В течение последних 5 лет страдает АГ с подъемами АД до 160-180/90-110 мм рт. ст., ишемической болезнью сердца.
При осмотре обращает на себя внимание легкая гипомимия, гипокинезия. Черепно-мозговая иннервация интактна, за исключением рефлексов орального автоматизма. Парезов нет. Мышечный тонус в норме. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Походка «осторожная», замедленная, шаг слегка укорочен, база ходьбы несколько расширена, незначительное пошатывание.
Нейропсихологическое тестирование: MMSE – 26 баллов (2 ошибки в серийном счете (93-7=84, 79-7=62), не вспомнил одно слово из трех, не соединил линии при рисовании пятиугольников). При рисовании часов первый раз расположил цифры вне циферблата. При второй попытке нарисовал часы правильно.
Диагноз: дисциркуляторная энцефалопатия II стадии. Синдром умеренных когнитивных нарушений.
Назначен препарат Гинкго билоба, глицин по 1 таблетке под язык на срок 3 мес.
Повторная консультация через 3 мес. Больной сообщает, что чувствует себя значительно лучше. Уменьшились неприятные ощущения в голове, возросла умственная работоспособность. Однако сохраняются пошатывание при ходьбе, снижение памяти.
При осмотре: сохраняются рефлексы орального автоматизма, особенности походки. Повторного нейропсихологического исследования не проводили.
Рекомендовано проведение повторных курсов сосудистых и метаболических препаратов длительностью 2-3 мес с частотой 1-2 раза в год.
Повторная консультация через год. Пациент пришел в сопровождении супруги. Жалоб не предъявляет, считает себя здоровым человеком. Однако, со слов жены, за последний год значительно увеличились нарушения памяти: забывает, кто что сказал, что нужно сделать, имена знакомых людей, названия предметов. Также обращает на себя внимание неуверенность при ходьбе, из-за которой было два падения на улице: падал во время ходьбы, вперед, без потери сознания.
При осмотре: в неврологическом статусе обращает на себя внимание нарастание выраженности дисбазии: более отчетливая тенденция к укорочению шага и расширению базы ходьбы. Нейропсихологическое исследование: MMSE – 23 балла. Не назвал число и день недели, две ошибки в серийном счете (93-7 и 72-7 сосчитать не смог), не вспомнил два слова из трех, неправильно нарисовал пятиугольники. При рисовании часов выраженные нарушения: цифры и циферблат не связаны друг с другом, стрелки не выполняют свою функцию.

**Вопросы**1. Оцените выраженность когнитивных нарушений на момент первого осмотра:
2. Оцените выраженность когнитивных нарушений на момент заключительного осмотра.

3. Какой диагноз можно было бы поставить при первом обращении пациента?

4. Больной 32 лет, доставлен из больницы скорой помощи после попытки повеситься. В отделении плохо ориентируется во времени, забывает, где находится, предполагает, что в больнице, так как «все ходят в белых халатах», возможно, поступил после автомобильной катастрофы. Сведения из биографии дает правильно, все последующие события тут же забывает. Не находит своей палаты, койки, не помнит, что приходили родные и т. д.

Квалифицировать нарушения памяти.

1. Больной 33 лет, переведенный в психиатрическую

клинику из хирургической (в связи с выраженными расстройства-

ми памяти), где он лечился по поводу травмы головы, охотно сооб-

щает свое имя и фамилию, профессию, имена детей. В то же время

не знает, где он находится, какое сегодня число, что он недавно

ел. Не может запомнить имя врача, не знает, где его кровать. На

вопрос, чем занимался вчера, сообщает, что целый день ремонти-

ровал мотоцикл.

Определить нарушения памяти.

**Тема:** «Методы диагностики когнитивных функций».

**Задачи:**

1. Общий судорожный припадок у больного начинается с поворота головы и глаз вправо.

Вопросы: Какова локализация патологического очага?

1. Больной эйфоричен, не оценивает своего состояния, дурашлив, память ослаблена, склонен к плоским остротам, неопрятен, лишен самоконтроля. Выявляются рефлексы орального автоматизма, хватательные рефлексы, симптом противодержания.

Вопросы: Где находится топический очаг?

1. Больной не узнает предметы при ощупывании правой рукой с закрытыми глазами, в то же время описывает их отдельные свойства, так как чувствительность в правой руке не нарушена.

Вопросы: Назовите симптом?

Где локализуется патологический очаг?

1. У больного отмечаются периодические судорожные припадки, начинающиеся с клонических судорог в левой ноге, которые затем охватывают левую руку и половину лица.

Вопросы: Как называются такие припадки?

Где находится патологический очаг?

1. За несколько секунд до начала генерализованного судорожного припадка у больного возникает ощущение радужных колец перед глазами, предметы теряют свои очертания и цвет.

Вопросы: Как называются эти нарушения?

Где локализуется патологический очаг?

**Тема:** «Память и Острые нарушения мозгового кровообращения. ДЭ. Диагностика, лечение, реабилитация».

**Задачи:**

1. В клинику поступил больной Б. с жалобами на остро возникшую головную боль, невозможность говорить. При выписке отмечается сохранение речевых нарушений в виде моторной афазии.

Очаг поражения, предположительный диагноз?

1. Больной эйфоричен, не оценивает свое состояние, дурашлив, снижена память, склонен к плоским остротам, неопрятен, лишен самоконтроля. Выявляются рефлексы орального автоматизма, хватательные рефлексы.

Как называется клинический синдром?

Где расположен патологический очаг?

1. Больной не узнает части своего тела, путает правую половину с левой, ощущает наличие третьей руки, не осознает проявления своего заболевания в виде гемиплегии и утверждает, что двигает парализованными конечностями.

Как называется клинический синдром?

Где локализуется патологический очаг?

1. У больного практически полностью отсутствует речь, на все вопросы отвечает одним словосочетанием: «да-да-да», но задаваемые инструкции понимает и правильно их выполняет.

Как называется клинический синдром?

Где локализуется патологический очаг?

1. После операции по поводу удаления опухоли затылочной доли у больного на длительное время исчезла возможность узнавания предметов при зрительном предъявлении: так, например, изображение очков больной трактует как велосипед: кружок, еще кружок, перекладина.

Как называется клинический синдром?

Где локализуется патологический очаг?

**Тема:** «Болезнь Альцгеймера».

**Задачи:**

1. Больной З., 78 лет, колхозник. В течение нескольких недель находился на лечении в психиатрической больнице, жалуется лишь на отсутствие зрения на правый глаз, где имеется помутнение роговицы. В отделении спокоен, подсаживается 43 к больнымпожилоговозраста, очем-тоснимибеседует. Вобщении с врачом, больными вежлив, предупредителен, даже несколько слащав. Приветливо здоровается, но встретив врача через несколько минут, приветствует его снова. Часто приоткрывает дверь в кабинет и вежливо осведомляется, не пришел ли консультант-окулист, через пять минут спрашивает о том же. Числа, месяца, года назвать не может. Видя вокруг людей в белых халатах, догадывается, что его положили в больницу, но какую, не помнит. Рассказывает, что только вчера приехал из деревни: «Вот лошадь во дворе привязал, сейчас ходил сена ей давал». Вернувшись после консультации из кабинета профессора, всем рассказывает с убеждением, что профессор угощал его шампанским, сердился, когда ему говорили, что этого не было. Любит рассказывать о днях своей молодости, помнит события прошлых лет, правильно воспроизводит события войны, в которой принимал участие. Перечисляет имена своих детей, назвать имена внуков не может, говорит каждый раз разные. Квалифицировать нарушения памяти и синдром.

2. Больной 76 лет, плотник. Последние 3 года родственники замечают, что он стал забывать цифры, имена, даты. Прячет свой инструмент и забывает куда положил его. Раньше был "смекалистым", а теперь дает нелепые советы. С трудом вспоминает имена своих детей, жены, с которой прожил 50 лет. По характеру стал ворчливым, эгоистичным, подозрительным. Однако этим обстоятельством не тяготится, считает, что с памятью у него "все в порядке". Заявляет, что его обворовывают, угрожает судом. Находясь несколько месяцев в больнице, утверждает, что "вчера был дома,
встречал гостей...". Грубых неврологических расстройств нет.

1.Квалифицируйте синдром.
2.Сформулируйте предположительный диагноз

3. Больной Д. 35 лет совершил кражу. В зале суда был тревожен, растерян, вел себя нелепо. На вопрос о возрасте ответил -"5", на вопрос: "Как вас зовут-", ответил -"не знаю".  При просьбе чтонибудь написать, сказал, что не умеет. Демонстрировал счет только до 10. Путал названия предметов, жаловался,что у него болит голова, что "очень трудно думать".
1.Квалифицируйте состояние больного :
2.Предположительный диагноз

4. Пациент В., 67 лет, предъявляет следующие жалобы:
– несистемное головокружение в виде чувства неустойчивости и пошатывания при ходьбе;
– шум, тяжесть и дискомфорт в голове;
– повышенная утомляемость при умственной работе, трудности сосредоточения, ухудшение памяти.
В течение последних 5 лет страдает АГ с подъемами АД до 160-180/90-110 мм рт. ст., ишемической болезнью сердца.
При осмотре обращает на себя внимание легкая гипомимия, гипокинезия. Черепно-мозговая иннервация интактна, за исключением рефлексов орального автоматизма. Парезов нет. Мышечный тонус в норме. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Походка «осторожная», замедленная, шаг слегка укорочен, база ходьбы несколько расширена, незначительное пошатывание.
Нейропсихологическое тестирование: MMSE – 26 баллов (2 ошибки в серийном счете (93-7=84, 79-7=62), не вспомнил одно слово из трех, не соединил линии при рисовании пятиугольников). При рисовании часов первый раз расположил цифры вне циферблата. При второй попытке нарисовал часы правильно.
Диагноз: дисциркуляторная энцефалопатия II стадии. Синдром умеренных когнитивных нарушений.
Назначен препарат Гинкго билоба, глицин по 1 таблетке под язык на срок 3 мес.
Повторная консультация через 3 мес. Больной сообщает, что чувствует себя значительно лучше. Уменьшились неприятные ощущения в голове, возросла умственная работоспособность. Однако сохраняются пошатывание при ходьбе, снижение памяти.
При осмотре: сохраняются рефлексы орального автоматизма, особенности походки. Повторного нейропсихологического исследования не проводили.
Рекомендовано проведение повторных курсов сосудистых и метаболических препаратов длительностью 2-3 мес с частотой 1-2 раза в год.
Повторная консультация через год. Пациент пришел в сопровождении супруги. Жалоб не предъявляет, считает себя здоровым человеком. Однако, со слов жены, за последний год значительно увеличились нарушения памяти: забывает, кто что сказал, что нужно сделать, имена знакомых людей, названия предметов. Также обращает на себя внимание неуверенность при ходьбе, из-за которой было два падения на улице: падал во время ходьбы, вперед, без потери сознания.
При осмотре: в неврологическом статусе обращает на себя внимание нарастание выраженности дисбазии: более отчетливая тенденция к укорочению шага и расширению базы ходьбы. Нейропсихологическое исследование: MMSE – 23 балла. Не назвал число и день недели, две ошибки в серийном счете (93-7 и 72-7 сосчитать не смог), не вспомнил два слова из трех, неправильно нарисовал пятиугольники. При рисовании часов выраженные нарушения: цифры и циферблат не связаны друг с другом, стрелки не выполняют свою функцию.
**Вопросы**1. Оцените выраженность когнитивных нарушений на момент первого осмотра:
2. Оцените выраженность когнитивных нарушений на момент заключительного осмотра.

Какой диагноз можно было бы поставить при первом обращении пациента?

1. За несколько секунд до начала генерализованного судорожного припадка у больного возникает ощущение радужных колец перед глазами, предметы теряют свои очертания и цвет.

Вопросы: Как называются эти нарушения?

Где локализуется патологический очаг?

**Тема:** «Нарушения памяти при соматической патологии».

**Задачи:**

1. Больной 78 лет, находится на лечении по поводу дисциркуляторной энцефалопатии на неврологическом отделении соматического стационара вторые сутки. Днем укладывался в режим отделения, навещался родными, общался с врачом, обнаруживал умеренное интеллектуально – мнестическое снижение по сосудистому типу. В ночные часы состояние изменилось остро, стал беспокоен, тревожен, суетлив, не удерживался на месте, бродил по палатам, был убежден, что он «дома», искал какие – то вещи, на попытки медсестры переубедить реагировал агрессивно.
Вопросы: Дайте характеристику измененному сознанию больного, тактика лечения, особенности режима терапии.

2. Больная 45 лет, 2 года назад перенесла тяжелую ЧМТ, обратилась к неврологу с жалобами на быструю утомляемость, вялость, слабость, разбитость даже после незначительных нагрузок, больше к вечеру, нарушен ночной сон, при этом сонлива днем. Отмечает  близость к слезам, несвойственную ей ранее, ранима, обидчива, при этом чрезмерно раздражительна, участились ссоры с близкими, стала вспыльчива, гневлива, трудно сдержаться. Аппетит сохранен, не худела. В беседе – эмоционально лабильна, многоречива, обстоятельна, плачет, просит помочь.
Вопросы: Определите психопатологический синдром, причину заболевания (соматогенное, психогенное), направления в терапии.

3.У больного определяются нарушения речи в виде «салата из слов», плохого понимания обращенной речи, невыполнения инструкций из-за их непонимания. В то же время привычные словосочетания (например, собственные фамилию, имя, отчество) проговаривает без затруднений и правильно. В речи много не существующих в природе слов.

Как называется клинический синдром?

Где локализуется патологический очаг?

1. У больного прогрессирует изменение поведения: стал вялым, безынициативным, безучастным. На вопросы отвечает односложно, неэмоционально. При исследовании неврологического статуса определяются: аносмия справа, рефлексы орального автоматизма, хватательные рефлексы.

Как называется клинический синдром?

Где локализуется патологический очаг?

1. Пациентка 70 лет. По характеру очень организованная. Около двух лет назад появились проблемы с памятью.Стала жаловаться, что не может запомнить имена детей, внуков. Стала замечать, что не помнит события, происшедшие день назад, становилась все более и более забывчивой, не могла сосчитать деньги, делая покупки. Часто приходила домой без нужных вещей. Раньше всегда гордилась своим умением готовить пищу, а сейчас не могла приготовить обед. Регулярно забывала выключать плиту или воду. На протяжении последнего года была не в состоянии выполнять обычную работу по дому без помощи мужа. Состояние при осмотре. Во время осмотра пациентка немного неопрятна, насторожена, тревожна и подозрительна, дезориентирована во времени и месте. Смогла вспомнить имена своих детей, но их возраст и даты рождения забыла. Не помнила дату своего рождения, не знала имени президента страны. Артикуляция была хорошей, но сама речь была медленной, неясной и неконкретной. С трудом подбирала слова для выражений, не могла вспомнить три слова после 5-минутного интервала, не справилась даже с легким арифметическим заданием и не смогла посчитать в обратном порядке. Не понимала тяжести своего состояния

Вопросы:

1.Описать синдромы, симптомы.

2.Локализация патологического очага.

3.Для какого заболевания характерна подобная симптоматика?

**Тема:** «Принципы профилактики и лечения когнитивных нарушений

**Задачи:**

1. Больной Б. 51года находится в стационаре на лечении. Из анамнеза известно, что 2 недели назад поступил экстренно машиной скорой медицинской помощи с закрытой черепно-мозговой травмой. На данный момент сохраняются очаговые изменения поражения головного мозга: центральный правосторонний гепимарез, моторная афазия.

Тактика дальнейшего ведения больного.

Назовите этапы медицинской реабилитации

2.Больная О. 67лет, находившаяся на лечении в неврологическом сационаре по поводу ОНМК, выписана домой с остаточной очаговой симптоматикой, нарушением речи по типу сенсорной афазии.

Дальнейшее ведение больной в амбулаторно-поликлинической сети

Как рано следует начинать речевую реабилитацию?

3.В хирургический стационар поступил больной А. 32лет в экстренном порядке с закрытой черепно-мозговой травмой. Проведены мероприятия по оказанию специализированной медицинской помощи. Через 12 ч больной в сознании, но не может ничего сказать, обращенную речь понимает.

Укажите, какие структуры мозга повреждены?

Курс реабилитации для данного больного?

4. В отделение нейрореабилитации поступил больной после перенесенного инсульта. Данные осмотра: центральный средний тетрапарез справа, моторная афазия.

План реабилитации?

В чем заключается двигательная реабилитация?

5.В отделение нейрореабилитации поступила больная А., из анамнеза которой известно, что 2 года назад перенесла инсульт. На фоне реабилитационных мероприятий отмечается регресс очаговой симптоматики: снижение пареза конечностей, но сохраняется моторная афазия.

В чем заключается речевая реабилитация?

Назовите основные этапы реабилитации?