

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ НАУЧНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»
(ФГБНУ НЦПЗ)

ОДОБРЕНО

Учёным советом ФГБНУ НЦПЗ

«19» декабря 2024 г.

Протокол № 7

УТВЕРЖДАЮ
И.о. директора ФГБНУ НЦПЗ
Ю.А. Чайка
«20» декабря 2024 г.



**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА -
ПРОГРАММА ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ**

«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ГЕРОНТОПСИХИАТРИИ»

Москва, 2024

Разработчики программы повышения квалификации

Фамилия Имя Отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность и место работы
Колыхалов Игорь Владимирович	Доктор медицинских наук	Заведующий отделом гериатрической психиатрии ФГБНУ НЦПЗ

СОГЛАСОВАНО:

Заместитель директора по
внешним связям и образовательной
деятельности, профессор,
доктор медицинских наук


В.Г. Каледа

Руководитель отдела
непрерывного образования
и профессионального развития


Л.П. Примачик

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	4
1.1. Цель освоения программы	4
1.2. Категория слушателей	4
1.3. Требования к образованию слушателей	4
1.4. Общая характеристика программы	4
2. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ	4
3. УЧЕБНЫЙ ПЛАН	6
4. КАЛЕНДАРНЫЙ УЧЕБНЫЙ ГРАФИК	7
5. СОДЕРЖАНИЕ УЧЕБНОГО КУРСА	7
6. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ	9
6.1. Нормативно-правовое обеспечение реализации программы	9
6.2. Учебно-методическое обеспечение программы	9
6.3. Материально-техническое обеспечение программы	9
6.4. Кадровое обеспечение реализации программы	10
7. ФОРМЫ АТТЕСТАЦИИ	10
7.1. Промежуточная аттестация	10
7.2. Итоговая аттестация	10
8. ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ	11
8.1. Контрольные вопросы к промежуточной аттестации	11
8.2. Контрольные вопросы к итоговой аттестации	18

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Цель освоения программы

Совершенствование теоретических знаний и практических навыков врача-специалиста в связи с повышением требований к уровню профессиональных знаний и необходимостью освоения современных методов решения задач эффективной диагностики, лечения и профилактики психических расстройств в пожилом и старческом возрасте.

1.2. Категория слушателей

Лица, имеющие высшее образование (медицинские работники медицинских учреждений).

1.3. Требования к образованию слушателей

Наличие высшего образования по специальностям: 31.08.20 «Психиатрия», 31.08.31 «Гериатрия», 31.08.42 «Неврология», 31.05.01 «Лечебное дело».

1.4. Общая характеристика программы

Трудоемкость: 18 часов.

Срок обучения: 5 дней.

Форма обучения: очная.

Программа реализуется на русском языке.

При реализации программы ФГБНУ НЦПЗ, при необходимости, применяет электронное обучение, дистанционные образовательные технологии.

Слушателям, освоившим программу повышения квалификации и успешно прошедшим итоговую аттестацию, выдается удостоверение о повышении квалификации установленного ФГБНУ НЦПЗ образца.

2. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ

Перечень профессиональных компетенций в рамках имеющейся квалификации, качественное изменение которых осуществляется в результате обучения:

Код и наименование ПК	Код и наименование индикатора достижения ПК
ПК-1. Способен проводить диагностику психических расстройств и расстройств поведения пациентов пожилого и старческого возраста	ПК-1.1. Знает и умеет осуществлять сбор субъективного анамнеза и жалоб, проводить первичный осмотр пациентов ПК-1.2. Знает и умеет осуществлять сбор клинико-anamnestических данных с целью выявления психических расстройств и расстройств поведения ПК-1.3. Умеет проводить клиническое психопатологическое обследование на основании опроса пациентов и изучения медицинской документации ПК-1.4. Умеет проводить психодиагностическое обследование с использованием психометрических клинических и скрининговых шкал ПК-1.5. Умеет описывать психическое состояние, диагностическая квалификация психопатологических синдромов, психических расстройств и расстройств поведения ПК-1.6. Умеет проводить неврологическое и физикальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания

	медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи ПК-1.4. Умеет проводить оценку суицидального риска, обусловленного психическим расстройством и расстройством поведения, непосредственной опасности для себя или окружающих, беспомощности ПК-1.5. Знает и умеет направлять пациентов на лабораторные исследования, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи ПК-1.6. Знает и умеет направлять пациентов на инструментальные исследования, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи ПК-1.7. Знает и умеет направлять пациентов на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи ПК-1.8. Умеет обосновывать и устанавливать диагноз в соответствии с Международной классификацией болезней (далее - МКБ) ПК-1.9. Умеет проводить оценку динамики психического и соматоневрологического состояния пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения ПК-1.10. Умеет проводить повторные осмотры и медицинские обследования пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения, в том числе, на дому, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи ПК-1.11. Знает и умеет направлять на лечение в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях ПК-1.12. Знает законодательные акты Российской Федерации, нормативные правовые акты, регламентирующие оказание медицинской помощи по профилю "Психиатрия" ПК-1.13. Знает и умеет оказывать психиатрическую помощь в добровольном порядке на дому, в амбулаторных и стационарных условиях и в условиях дневного стационара ПК-1.14. Знает и умеет оказывать психиатрическую помощь в недобровольном порядке в стационарных условиях
ПК-2. Способен назначать и проводить лечение психических расстройств и расстройств поведения пациентов пожилого и старческого возраста	ПК-2.1. Умеет разрабатывать план лечения пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения с учетом клинической картины заболевания, возраста и пола, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения ПК-2.2. Умеет назначать и применять лекарственные средства и медицинские изделия с учетом клинической картины заболевания, возраста и пола пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения ПК-2.3. Знает и умеет применять методы немедикаментозной терапии

	психических расстройств и расстройств поведения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения ПК-2.4. Знает и умеет определять объем и последовательность лечебных мероприятий при внезапных острых или обострении хронических психических расстройств и расстройств поведения, представляющих угрозу жизни пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения или окружающих ПК-2.5. Знает и умеет оказывать психиатрическую помощь в неотложной форме, при внезапных острых или обострении хронических психических расстройств и расстройств поведения, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения ПК-2.6. Знает и умеет проводить оценку риска общественно опасного поведения лиц с психическими расстройствами и применение методов его предупреждения ПК-2.7. Знает и умеет проводить оценку эффективности и безопасности лекарственных средств и медицинских изделий у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения ПК-2.8. Знает и умеет проводить оценку эффективности и безопасности немедикаментозных методов лечения у пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения ПК-2.9. Умеет осуществлять взаимодействие с врачами-специалистами
ПК-3. Способен проводить мероприятия по профилактике психических расстройств и расстройств поведения пациентов пожилого и старческого возраста	ПК-3.1. Знает и умеет проводить профилактические мероприятия в целях предупреждения психических заболеваний у населения ПК-3.2. Знает и умеет проводить санитарно-просветительскую работу с населением, информирование о возможных рисках заболевания психическими расстройствами и расстройствами поведения ПК-3.3. Умеет выбирать профилактические мероприятия с учетом состояния здоровья, характера факторов риска, психологии человека ПК-3.4. Умеет осуществлять коммуникацию с родственниками пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения в целях повышения эффективности профилактики расстройств ПК-3.5. Умеет осуществлять организацию диспансерного наблюдения за пациентами с психическими расстройствами и расстройствами поведения ПК-3.6. Знает и умеет осуществлять взаимодействие с врачами-специалистами и медицинскими работниками

3. УЧЕБНЫЙ ПЛАН

№ п/п	Наименование разделов (тем) учебного курса	Трудоемкость (акад. час.)					Формируемые компетенции	Формы аттестации
		Всего	ЛЗ	СПЗ	Сам. работа	ЭО, ДОТ		
1	Основы геронтопсихиатрии	2	2	-	-	-	ПК-1	ПА
2	Когнитивные нарушения у	8	7	1	-	-	ПК-1	ПА

	лиц пожилого и старческого возраста						ПК-2 ПК-3	
3	Аффективные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста	2	2	-	-	-	ПК-1 ПК-2	ПА
4	Особые формы психозов позднего возраста и поздняя шизофрения	4	4	-	-	-	ПК-1 ПК-2 ПК-3	ПА
5	Итоговая аттестация	2	-	-	-	-	-	ИА
Общий объем		18	-	-	-	-	-	-

Условные обозначения:

ЛЗ – лекционные занятия

СПЗ – семинарские (практические) занятия

Сам. работа – самостоятельная работа

ЭО, ДОТ – электронное обучение, дистанционные образовательные технологии

ПА – промежуточная аттестация (рубежный контроль)

ИА – итоговая аттестация

4. КАЛЕНДАРНЫЙ УЧЕБНЫЙ ГРАФИК

№ п/п	Наименование разделов (тем) учебного курса	1 день, час.	2 день, час.	3 день, час.	4 день, час.	5 день, час.
1	Основы геронтопсихиатрии	2	-	-	-	-
2	Когнитивные нарушения у лиц пожилого и старческого возраста	2	4	2	-	-
3	Аффективные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста	-	-	2	-	-
4	Особые формы психозов позднего возраста и поздняя шизофрения	-	-	-	4	-
5	Итоговая аттестация	-	-	-	-	2
Общий объем (18 часов)		4	4	4	4	2

5. СОДЕРЖАНИЕ УЧЕБНОГО КУРСА

Тема 1. Основы геронтопсихиатрии

Организация геронтопсихиатрической помощи.

Юридические аспекты психических заболеваний в позднем возрасте.

Тема 2. Когнитивные нарушения у лиц пожилого и старческого возраста.

Современные алгоритмы диагностики и терапии болезни Альцгеймера (нарушения восприятия; расстройство мышления; нарушения сознания; нарушения памяти; интеллектуально-мнестические нарушения; нарушения критики; этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, принципы диагностики, осложнений, профилактики).

Дифференциальная диагностика деменций позднего возраста (нарушения восприятия; расстройство мышления; нарушения сознания; нарушения памяти; интеллектуально-мнестические нарушения; нарушения критики; этиология, патогенез, классификация,

клиническая картина, принципы диагностики, осложнений, профилактики.

Некогнитивные симптомы деменции в позднем возрасте, вопросы диагностики, терапии и профилактики (нарушения восприятия; эмоциональные расстройства; расстройства влечения; интеллектуально-мнестические нарушения; нарушения критики; волевые нарушения; психические и поведенческие симптомы).

Возможности диагностики и профилактики додементных расстройств в позднем возрасте (нарушения памяти; интеллектуально-мнестические нарушения; этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, принципы диагностики, осложнений, профилактики).

Субъективное когнитивное снижение в позднем возрасте как фактор риска деменции (нарушения памяти; интеллектуально-мнестические нарушения; этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, принципы диагностики, осложнений, профилактики).

Синдром мягкого поведенческого расстройства как фактор риска развития деменции в позднем возрасте (нарушения памяти; интеллектуально-мнестические нарушения, психические симптомы и расстройства поведения; этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, принципы диагностики, осложнений, профилактики легких психических расстройств и расстройств поведения).

Практические занятия: Применение психометрических шкал для диагностики когнитивных расстройств в позднем.

Тема 3. Аффективные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста.

Особенности диагностики и терапии аффективных расстройств в позднем возрасте (аффективные нарушения; нарушения восприятия; эмоциональные расстройства; интеллектуально-мнестические нарушения; нарушения критики; симптомы психические позитивные (продуктивные); этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, принципы диагностики, осложнений, профилактики расстройств настроения (аффективных расстройств) и состояний, связанных с попыткой или угрозой суицида).

Тема 4. Особые формы психозов позднего возраста и поздняя шизофрения

Поздняя шизофрения: диагностика и лечение (нарушения восприятия; расстройство мышления; эмоциональные расстройства; расстройства влечения; интеллектуально-мнестические нарушения; нарушения критики; волевые нарушения; симптомы психические негативные; симптомы психические позитивные (продуктивные); этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, принципы диагностики, осложнений, профилактики шизофрении и шизотипического расстройства).

Особые формы психозов позднего возраста: диагностика, лечение, профилактика (нарушения восприятия; эмоциональные расстройства, интеллектуально-мнестические нарушения; нарушения критики; волевые нарушения; симптомы психические позитивные (продуктивные); этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, принципы диагностики, осложнений, профилактики: бредовых и галлюцинаторных расстройств).

Делирий в позднем возрасте: диагностика, лечение, профилактика (нарушения восприятия; расстройство мышления; нарушения сознания; нарушения памяти; эмоциональные расстройства; расстройства влечения; интеллектуально-мнестические нарушения; нарушения критики; волевые нарушения; психические симптомы; принципы диагностики состояний, связанных со старческим делирием (не осложненным)).

6. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ

6.1. Нормативно-правовое обеспечение реализации программы

- Федеральный закон Российской Федерации от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».
- Приказ Минобрнауки России от 01.07.2013 № 499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам».
- Приказ Минобрнауки России от 16.10.2023 № 981 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.20 Психиатрия».
- Проект Приказа Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-психиатр» (подготовлен Минтрудом России 25.10.2024).
- Приказ Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 N 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения».
- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 14.10.2022 № 668н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения».
- Приказ Минздрава России от 20.05.2022 № 342н «Об утверждении порядка прохождения обязательного психиатрического освидетельствования работниками, осуществляющими отдельные виды деятельности, его периодичности, а также видов деятельности, при осуществлении которых проводится психиатрическое освидетельствование».
- Устав и локальные нормативные акты ФГБНУ НЦПЗ.

6.2. Учебно-методическое обеспечение программы

1. Штернберг Э.Я. Клиника деменций пресенильного возраста. Ленинградское отделение: Медицина; 1967, 248с.
2. Штернберг Э.Я. Геронтологическая психиатрия. М., «Медицина», 1977, 216с.
3. Течение и исходы шизофрении в позднем возрасте / Под ред. Э.Я.Штернберга; АМН СССР. М., «Медицина», 1981, 192с.
4. Гавриловой С.И. Фармакотерапия Болезни Альцгеймера. 2-е издание, переработанное и дополненное М.: Пульс. 2007, 306с.
5. Руководство по гериатрической психиатрии / под ред. проф. С.И. Гавриловой. Москва: МЕДпрессинформ, 2020. 424 с.
6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/> - национальная медицинская библиотека.

6.3. Материально-техническое обеспечение программы

Для проведения лекционных и семинарских занятий, клинических разборов, проведения текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации, итоговой аттестации используется Большой конференц-зал, рассчитанный на 224 посадочных места (229 кв.м.) и оснащенный мультимедийным оборудованием.

Для проведения занятий лекционного типа предлагаются наборы демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий, обеспечивающие тематические иллюстрации, соответствующие содержанию учебному курсу.

Помещения для самостоятельной работы (библиотека, в том числе читальный зал) оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети "Интернет".

Лицензионное и свободно распространяемое программное обеспечение:

- Windows 10 Pro
- Google Chrome
- Microsoft office 2016
- Paint
- Adobe Acrobat reader
- 7zip
- Linux Mint 18.04
- Google Chrome, Mozilla Firefox
- OnlyOffice Desktop
- LibreOffice
- Xviewer
- Drawing
- Xreader
- Менеджер архивов

6.4. Кадровое обеспечение реализации программы

К реализации программы привлекаются научные и педагогические работники ФГБНУ НЦПЗ, деятельность которых соответствует квалификационным характеристикам, установленным в Едином квалификационном справочнике должностей руководителей, специалистов и служащих, в разделе «Квалификационные характеристики должностей руководителей и специалистов высшего профессионального и дополнительного профессионального образования» и профессиональным стандартам.

7. ФОРМЫ АТТЕСТАЦИИ

7.1. Промежуточная аттестация

Проводится после прохождения каждого раздела (темы) учебного курса в форме зачета (тестирование).

Шкала и критерии оценивания:

Оценка «зачтено» выставляется, если решено правильно 70% и более тестовых заданий.

Оценка «не зачтено» выставляется, если решено неверно 69% и менее тестовых заданий.

7.2. Итоговая аттестация

Итоговая аттестация проводится по итогам освоения всех разделов (тем) дополнительной профессиональной программы и направлена на оценку теоретической и практической подготовки врачей-специалистов в соответствии с требованиями

квалификационных характеристик и профессиональных стандартов.

К итоговой аттестации допускаются слушатели, не имеющие академической задолженности и в полном объеме выполнившие учебный план. В рамках итоговой аттестации слушателю предлагается решить одну ситуационную задачу.

Шкала и критерии оценивания:

Оценка «отлично» – выставляется слушателю, если он глубоко усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, умеет принять правильное решение и грамотно его обосновывать, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «хорошо» – выставляется слушателю, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «удовлетворительно» – выставляется слушателю, если он имеет поверхностные знания программного материала, не усвоил его деталей, допускает неточности, оперирует недостаточно правильными формулировками, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических задач, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи наводящих вопросов преподавателя, выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» – выставляется слушателю, который не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий, приводящую к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента.

8. ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

8.1. Контрольные вопросы к промежуточной аттестации

Тема 1. Основы геронтопсихиатрии

1. Специализированная психиатрическая помощь пожилым людям должна быть:

- а) комплексной
- б) выполнять интегрирующие функции
- в) максимально приближена к населению
- г) все из перечисленного

2. Основные цели Клиники Памяти

- д) лечение деменции
- е) выявление и лечение додементных расстройств

- ж) уход за тяжелыми пациентами
- з) оказание социальной помощи

3. Основные задачи гериатрического подразделения ПНД:

- а) выявление и диагностика психических расстройств у лиц 60 лет и старше
- б) динамическое наблюдение и организация амбулаторного лечения пожилых больных
- в) направление больных в дневной стационар или в психиатрическую больницу
- г) все из перечисленного

4. Основные функции геронтопсихиатрического отделения ПНИ:

- а) организация благоприятных условий проживания
- б) осуществление медицинской помощи
- в) правильно а) и б)
- г) выявление и диагностика психических расстройств

5. Кто может быть опекуном недееспособного человека?

- а) совершеннолетний дееспособный гражданин РФ
- б) совершеннолетний гражданин любого государства
- в) директор психоневрологического интерната
- г) все вышеперечисленное

6. Первичная дача объяснений при проведении до следственной проверки состоит из предоставления:

- а) графика отпусков сотрудников учреждения
- б) трудового договора сотрудника
- в) получение должностных инструкций
- г) все вышеперечисленное

7. Какие федеральные законы регламентируют деятельность в сфере охраны здоровья?

- а) конституция РФ
- б) уголовный кодекс РФ
- в) ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»
- г) Все вышеперечисленное

8. Что такое генеральная доверенность?

- а) юридическое распоряжение, позволяющее названному в этом документе человеку, заниматься регистрацией и снятием с регистрационного учета по месту пребывания или жительства
- б) юридическое распоряжение, позволяющее названному в этом документе человеку, заниматься различными вопросами другого человека в течение определённого времени.
- в) юридическое распоряжение, позволяющее названному в этом документе человеку, оформлять брачный договор и регистрировать брак
- г) все вышеперечисленное

Тема 2. Когнитивные нарушения у лиц пожилого и старческого возраста

1. Для синдрома легкого когнитивного снижения характерно
 - а) наличие деменции
 - б) наличие выраженного нарушения корковых очаговых расстройств
 - в) легкое ухудшение в сложных или инструментальных видах повседневной и профессиональной деятельности
 - г) ничего из перечисленного
2. Как кодируется синдром «мягкого» когнитивного снижения по МКБ-10
 - а) F00.9
 - б) F01.8
 - в) F06.7
 - г) F02.0
3. Какого типа синдрома «мягкого» когнитивного снижения не существует
 - а) амнестический монофункциональный
 - б) амнестический поливалентный
 - в) амнестический мультифункциональный
 - г) неамнестический мультифункциональный
4. Стратегии первичной профилактики когнитивных нарушений:
 - а) соблюдение определенной диеты
 - б) физическая и интеллектуальная активность
 - в) мониторинг сердечно-сосудистых рисков
 - г) все из перечисленного
5. Наиболее распространенная форма деменции в пожилом возрасте:
 - а) деменция при болезни Альцгеймера
 - б) сосудистая деменция
 - в) деменция с тельцами Леви
 - г) смешанная деменция
6. Какова длительность нарушения когнитивного функционирования для диагностики синдрома деменции
 - а) не менее 3 месяцев
 - б) не менее 6 месяцев
 - в) не менее 12 месяцев
 - г) более 2 лет
7. Определение биомаркеров болезни Альцгеймера проводится
 - а) в крови
 - б) в ликворе
 - в) в моче
 - г) в слюне
8. К базисным препаратам для лечения болезни Альцгеймера относятся

- а) нейропротективные препараты
- б) вазоактивные препараты
- в) ингибиторы ацетилхолинэстеразы
- г) антиоксиданты

9. Для лечения болезни Альцгеймера рекомендованная суточная доза мемантина составляет

- а) 20 мг
- б) 10 мг
- в) 15 мг
- г) 30 мг

10. Симптоматическая терапия при болезни Альцгеймера проводится для

- а) снижения выраженности когнитивных нарушений
- б) лечения сопутствующей соматической патологии
- в) снижения выраженности поведенческих психотических симптомов
- г) верно все

11. Образование патологических белковых отложений при деменции с тельцами Леви связано с:

- а) накоплением β -амилоида
- б) накоплением тау-белков
- в) накоплением α -синуклеина
- г) накоплением приона

12. Отсутствие критики при Лобно-височной деменции проявляется уже:

- а) на инициальном этапе
- б) на стадии развернутой картины заболевания
- в) на конечных стадиях
- г) после развития выраженных нарушений памяти

13. Для коррекции выраженного возбуждения при деменции с тельцами Леви рекомендуется назначение

- а) галоперидола
- б) рисперидона
- в) оланзапина
- г) кветиапина

14. Назначение каких лекарственных препаратов не рекомендовано при Лобно-височной деменции

- а) антипсихотики
- б) антидепрессанты
- в) ингибиторы ацетилхолинэстеразы
- г) мемантин

15. Наиболее часто встречающаяся группа поведенческих нарушений у пожилых

пациентов с додементными когнитивными расстройствами:

- а) нарушение поведения в обществе, тревога, апатия;
- б) депрессия, расторможенность, ажитация;
- в) апатия, депрессия, раздражительность.

16. Основными критериями диагностики синдрома легких поведенческих нарушений являются:

- а) Начало в возрасте 70 лет, персистирование на протяжении не менее 1 года, пациент становится зависим от окружения в повседневных делах;
- б) Начало в возрасте 50 лет и старше, персистирование на протяжении не менее 6 месяцев, не оказывают существенного влияния на повседневное функционирование;
- в) Начало в возрасте 50 лет и старше, персистируют хотя бы 1 месяц, пациент нуждается в госпитализации в психиатрическое учреждение.

17. Основной подход к ведению пациентов с синдромом легких поведенческих нарушений:

- а) Оценка психического и когнитивного статуса не реже 1 раза в 6 месяцев, психотерапия, профилактика сопутствующих факторов риска;
- б) Как можно более раннее назначение базисной противодементной терапии (ИХЭ, мемантин);
- в) Долгосрочное назначение препаратов из групп антидепрессантов, антипсихотиков, транквилизаторов.

18. Проведение монреальской шкалы оценки когнитивных функций (MoCA) НЕ позволяет:

- а) Количественно определить выраженность нарушений по различным доменам когнитивных функций
- б) Установить диагноз деменции
- в) Провести скрининговую диагностику додементных когнитивных нарушений

19. Шкала, НЕ применяющаяся для оценки динамики когнитивного статуса пациентов с умеренно-выраженной деменцией:

- а) Краткая шкала оценки психического статуса - MMSE;
- б) Монреальская шкала оценки когнитивных функций - MoCA;
- в) Шкала оценки болезни Альцгеймера-когнитивная часть - ADAS-Cog.

20. Какая из перечисленных шкал НЕ позволяет дифференцировать между нарушениями процессов кодирования и извлечения информации:

- а) Монреальская шкала оценки когнитивных функций - MoCA;
- б) Краткая шкала оценки психического статуса - MMSE;
- в) Тест свободного и ассоциированного выборочного напоминания с непосредственным воспроизведением - FCSRT-IR.

21. Критерии субъективного когнитивного снижения

- а) стойкое снижение когнитивных способностей по сравнению с ранее нормальным когнитивным статусом, которое не связано с острым событием

- б) отражает состояние когнитивного снижения с точки зрения индивида
- в) нормальные показатели по стандартизированным когнитивным тестам, используемым для классификации MCI, с поправкой на возраст, пол и образование
- г) все ответы верны

22. Траектории субъективного когнитивного снижения (SCD) с течением времени:

- а) SCD возникает, но полностью исчезает, а объективные когнитивные функции остаются стабильными
- б) SCD возникает и продолжается без ухудшения когнитивных функций
- в) SCD возникает и когнитивные функции впоследствии ухудшаются до деменции
- г) все ответы верны

23. Характеристики индивидуальности при нормальном и патологическом старении:

- а) структура познавательной деятельности
- б) уровень интеллектуального развития и образования
- в) профессиональные знания и навыки
- г) все ответы верны

Тема 3. Аффективные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста

1. Какие из перечисленных бредовых расстройств характерны для больных позднего возраста с психотической депрессией?

- а) Бред ревности
- б) Бред особого значения
- в) Ипохондрический бред, бред Котара
- г) Бред воздействия

2. Для аффективных расстройств в позднем возрасте характерно:

- а) Тенденция к затяжному течению аффективных эпизодов
- б) Укорочение периодов ремиссий
- в) Формирование псевдорезистентности к психофармакотерапии вследствие возникновения сопутствующей соматической патологии
- г) Все перечисленное верно

3. Какие виды депрессий характерны для больных позднего возраста?

- а) Соматогенные депрессии
- б) Психогенные депрессии
- в) Органические депрессии
- г) Все перечисленное верно

4. Какие из перечисленных антидепрессантов не являются предпочтительными для использования в старческом возрасте?

- а) амитриптилин, Кломипрамин, Мелипрамин
- б) миртазапин, Агомелатин, Эсциталопрам
- в) пароксетин, Флувоксамин, Миансерин
- г) пирлиндол, Дулоксетин, Венлафаксин

5. Какие группы препаратов являются препаратами 1-й линии для фармакотерапии смешанного аффективного состояния при биполярном аффективном расстройстве

- а) нормотимики (антиконвульсанты)
- б) антидепрессанты
- в) ингибиторы ацетилхолинэстеразы
- г) вазотропные препараты

6. Какие группы препаратов применяются для профилактики аффективных колебаний при БАР

- а) транквилизаторы
- б) антидепрессанты
- в) нормотимики
- г) нейролептики

Тема 4. Особые формы психозов позднего возраста и поздняя шизофрения

1. Что называется «Поздней шизофренией» в соответствии с интернациональным консенсусом 2000 г.?

- а) шизофрения с манифестацией после 30 лет
- б) шизофрения с манифестацией в 40-59 лет
- в) шизофрения с манифестацией после 50 лет
- г) шизофрения с манифестацией в 60 лет и старше

2. Какое соотношение частоты встречаемости непрерывной и приступообразной форм шизофрении в позднем возрасте?

- а) 50% и 50%
- б) 56% и 44%
- в) 78% и 22%
- г) 14 % и 86%

3. Какие типы психических автоматизмов чаще встречаются при поздней шизофрении?

- а) идеаторные
- б) моторные
- в) сенестопатические
- г) все

4. Опасность развития старческой спутанности/делирия связана

- а) с осложнением нейродегенеративного заболевания соматической патологией
- б) с изменением условий содержания пациента
- в) с вероятным утяжелением течения деменции
- г) со всем перечисленным

5. Синоним истинной сенильной спутанности

- а) старческий делирий

- б) старческий психоз
- в) старческое слабоумие
- г) все перечисленное

6. Острая пресбиопсия (старческая спутанность) протекает

- а) с помрачением сознания
- б) с выраженным возбуждением
- в) с возможным резким ухудшением соматического состояния
- г) со всем перечисленным

7. Для диагностики спутанности/делирия в пожилом возрасте используют следующие тесты:

- а) тест 4 АТ
- б) тест MINI-cog.
- в) тест САМ
- г) правильно а); в)

8. Клинические особенности параноидов позднего возраста

- а) тематическая связанность бредовых расстройств с ситуацией проживания больного
- б) у социальная адаптацию
- в) наличие псевдогаллюцинаций
- г) А и Б.

9. Согласно критериям МКБ-10, галлюцинозы позднего возраста относятся к рубрике

- а) F04 .0
- б) F05 .0
- в) F06 .0
- г) F07 .0

10. Для дерматозойного бреда Экбома характерен

- а) бред преследования
- б) бред ущерба
- в) бред одержимости кожными паразитами
- г) бред ревности

8.2.Контрольные вопросы к итоговой аттестации

Ситуационная задача № 1

Больная Т., 82 года.

Наследственность отягощена ослабляющими заболеваниями. Раннее развитие без особенностей. Образование высшее педагогическое. На пенсию с 55 лет. Замужем с 25 лет, от брака имеет дочь. С мужем прожила 6 лет, затем развелась. По характеру была упрямой, несколько эгоистичной. В воспитании дочери была строга, порой деспотична. Первые признаки ухудшения памяти отмечаются с 76 лет, когда появилась рассеянность, трудности с датировкой прошлых событий. Постепенно у больной стали возникать резкие перепады настроения, гневливость, конфликты с сиделкой, ухаживающей за ее слабоумной

сестрой. С 80 лет нарушения памяти прогрессируют, начинает путаться во времени и в текущих событиях. С 82 лет менее активна, много времени тратит на поиски вещей, документов, денег. При посещении сберкасс устраивает скандалы. Обвиняет сотрудников в краже денег со счетов. Из-за «кражи денег» обращалась в милицию. В связи с таким состоянием обратилась за консультацией к психиатру. На момент осмотра ориентировка во времени нарушена. В месте ориентирована правильно. Ориентировка в семейной ситуации и аутопсихическая ориентировка сохранены. Память на события недавнего и отдаленного времени существенно нарушены. В речи – затруднения припоминания слов, названия предметов. Путается в трактовке логико-грамматических конструкций, конкретно понимает переносный смысл многих пословиц. Совершает ошибки при последовательном вычитании. По шкале MMSE – 22 балла. Сама охотно рассказала, что у нее несколько раз служащие сберкассы крали все деньги со сберкнижки. Считает, что у нее из дома так же крадут вещи, посуду и лекарства, однако, кто это делает, конкретно назвать не может. Во время беседы отмечается неустойчивое настроение, легко раздражается по поводу «затянувшегося» разговора врача и дочери. Имеются проявления эмоциональной реакции на собственную несостоятельность, расстраивается, извиняется за ошибки, уклоняется от выполнения некоторых заданий, говоря, что она их все равно не сделает. Критики к заболеванию нет, считает себя в целом здоровой.

Заключение МРТ головы: внутренняя и наружная сообщающаяся гидроцефалия. Лейкоареоз.

Задания.

1. Определить синдром и заболевание.
2. Какую терапию необходимо назначить пациентке?

Ситуационная задача № 2

Анамнез: Больной К., 69 лет.

Наследственность манифестными психозами не отягощена. Родился в сельской местности вторым ребенком из четверых детей. По характеру всегда был общительным, активным, энергичным, напористым, умел настоять на своем. Образование высшее, химик-технолог, успешно делал карьеру, занимал руководящие должности. В 24 года женился, от брака сын. В супружеской жизни был авторитарным, требовательным. Болен с 55 лет, когда на фоне роста и увеличения производительности предприятия стал тревожным, суетливым, неуверенным, опасался, что не справится с профессиональными обязанностями. Жаловался на тоску, апатию, пропали интересы, ухудшился сон, аппетит, с трудом заставлял себя ходить на работу. Состояние обошлось в течение нескольких месяцев на амбулаторной терапии. С 65 лет вышел на пенсию, Настоящее ухудшение в течение полугода (69 лет), когда без видимых причин начал плохо спать, стал суетливым, тревожным, жаловался на тоску, тревогу, не находил себе места, ходил из угла в угол. Появилась фиксация работе кишечника, жаловался на запоры, ощущения «спазмов» и «распираания» в пищеводе и кишечнике, препятствующих прохождению пищи по желудочно-кишечному тракту. Утверждал, что у него прекратил работать кишечник, не переваривает еду желудок, начал отказываться от пищи, похудел на 14 кг. Однажды в течение длительного времени не возвращался домой с прогулки, заявив, что хотел «замерзнуть насмерть», поскольку стал для семьи обузой. После длительных уговоров родственников согласился обратиться за помощью в геронтопсихиатрический стационар. При поступлении – физически истощен, походка неустойчивая, неохотно соглашается на беседу, выражение лица тревожно-напряженное. Во время беседы беспокоен, ерзает на стуле, теребит кисти рук, обхватывает голову руками. Ориентирован полностью, на вопросы отвечает неохотно, короткими фразами, повторяет «зачем вы меня сюда привезли», «мне уже ничто не поможет, я погиб». При настойчивых расспросах заявляет, что «вся система организма развалилась – истлели

желудок и кишечник, легкие постепенно растворяются, подкорка отслоилась от коры, глаза теряют связь с мозгом». Утверждает, что у него уже месяц нет стула, отказывается от еды, потому что «некуда есть». На просьбу объяснить доходчиво заявляет, что при попытке проглотить пищу чувствует «спазмы» в желудке и кишечнике, распирает, «твердые маленькие частицы пищи внизу живота», «ничего не проходит», «продукты распада пищи отравляют весь организм». Жалуется на мучительное чувство тоски и тревоги на сердце, безнадежность, «полное отсутствие сна». На вопрос о суицидальных мыслях с раздражением заявляет: «Зачем мне такая жизнь?».

Задания.

1. Определите психопатологический синдром.
2. Поставьте диагноз. Определите возможную схему терапии.

Ситуационная задача № 3

Пациентка Н. (59 лет) на амбулаторном приеме самостоятельно для проведения комплексного клинико-нейропсихологического обследования и оценки когнитивной сферы. Консультацию посоветовал психиатр, который консультировал и лечит маму пациентки (83 г.). Диагноз у мамы пациентки – болезнь Альцгеймера с поздним началом. Пациентка имеет высшее образование, работает. Правша.

Жалобы пациентки: последние полгода на работе возросла нагрузка, на фоне этого стала забывать слова, чаще стала проявляться забывчивость, при этом работе это не мешает.

Результаты клинико-нейропсихологического обследования.

Пациентка контактна, полностью ориентирована в месте и времени, хорошо понимала инструкции. Работала мотивированно и достаточно продуктивно, при этом иногда отмечалась импульсивность. К концу обследования отчетливой истощаемости не отмечалось. Контроль за результатами деятельности присутствовал. MMSE=30 баллов, MoCA= 29 баллов.

На фоне достаточной сохранности гнозиса, праксиса, оптико-пространственной деятельности, письма, чтения, счета, экспрессивной и импрессивной речи, зрительной и семантической памяти, вербальной памяти по параметру объема непосредственного запоминания, мышления наблюдались особенности психической деятельности:

1. неустойчивость произвольного внимания и контроля,
2. снижение избирательности воспроизведения при запоминании вербальных стимулов, при этом кривая заучивания 10 слов – 8, 10 слов, отсроченное воспроизведение – 6 слов.

Заключение. Нейропсихологический статус пациентки характеризуется возрастными особенностями когнитивной сферы с акцентом на неустойчивость произвольной регуляции и недостаточность избирательности воспроизведения при произвольном запоминании вербальных стимулов.

Задание.

Охарактеризуйте когнитивную сферу пациентки: к какому синдрому ее можно отнести?

Ситуационная задача № 4

Больной Ч. 63 года. Наследственность неотягощена. Рос и развивался нормально. Окончил в 23 года МАИ, работал в институте преподавателем. Был женат в браке, имеет 2х детей. В разводе с 53 лет. В молодости по характеру был общительным, любил компании. С возрастом стал более замкнутым, стало раздражать общение с людьми, старался больше времени проводить с семьей. Соматически благополучен.

Около 53 лет возник конфликт с соседями, проживающими на верхнем этаже, из-за шума, который создавал их ребенок, ситуация разрешилась после развода с женой и переезда в квартиру родителей. В 60 лет вновь стал обращать внимание на шум соседей сверху, беспокоил скрип при перестановке предметов, слышал шум заводных машинок, передвигающихся по полу. Подобные звуки вызывали «эмоциональные переживания», мешали сосредоточиться. Постепенно посторонние звуки стали мешать не только дома, но и на работе. Постепенно снизилось настроение, ощущал себя разбитым, трудно было сосредоточиться на работе. Стало казаться, что в таком состоянии долго не проживет и может умереть. Постепенно шум начал вызывать неприятные в теле, сильную тяжесть в конечностях. По рекомендации терапевта обратился к психиатру, был рекомендован прием rispoleпта, но через полгода прекратил прием, т.к. не почувствовал эффекта от лечения. Через год повторно обратился за консультацией к психиатру. На приеме жалуется на сниженное настроение, ничем не может заниматься, с трудом преподает. Дома постоянно мешают посторонние звуки, которые провоцируются соседями сверху, пытается от них защититься наушниками, но это мало помогает, т.к. звуки проникают в голову, даже сквозь наушники. Отмечает, что звуки на него плохо воздействуют, вызывают различные неприятные ощущения в теле.

Задание.

Определить синдром и заболевание. Какова стратегия терапии.