Министерство образования и науки РФ ФГБОУ ВПО

История болезни

Алексея 2001 г.р.

Клинический диагноз: Умственная отсталость легкой степени

Паспортная часть

Карта стационарного больного

Дата и время поступления: 10.05.2012

Вид транспортировки: пришел самостоятельно с воспитателем

Побочные действия лекарств: не отмечаются

Ф.И.О.: Алексей

Пол: мужской.

Дата рожденья, возраст: 2001г., 11 лет.

Постоянное место жительства: город

Место работы, должность: ученик 1 класса

Жалобы

На момент курации пациент жалоб не предъявляет.

Воспитатели жалуются на расторможенность в поведении ребенка, временами агрессивные проявления, особенно по отношению к окружающим, может поднять руку, ударить. Мальчик не слушается, капризничает, часто настаивает на своем. Плохой сон. Рассеянность. Начал хуже заниматься, стал неусидчивым, быстрее утомляется, теряет интерес к заданиям, уходит больше времени на занятия. Низкий интеллект, снижение памяти, нарушение речи.

Анамнез жизни

Ребенок от третьей беременности, мать во время беременности не наблюдалась, злоупотребляла алкоголем. Роды на сроке 36-37 недель. Родился мальчик с массой тела 1800г, длиной тела 48см. Диагноз роддома: Перинатальное поражение ЦНС, гипертензионный синдром, синдром мышечной дистонии, фетальный гепатит, пренатальная гипотрофия II степени, анемия средней тяжести. Лекарственная аллергия на ампициллин, витамин В1, В6; ОРЗ.

В дом ребенка поступил 21.02.02 в возрасте 4 месяцев. Рос со значительной задержкой в НПР и ФР, плохо прибывал в массе и росте. Сидит - с 11 месяцев, стоит у опоры - с 1г 6 мес., ходит - с 1 г 11 мес. Часто болел ОРВИ, обострения атопического дерматита, анемия легкой степени, ЗНПР, задержка ФР, РЭП. Получал курсами ноотропы, сосудистые адаптогены, биостимуляторы, поливит, аминокислоты.

Перенесенные заболевании: 2005 год - scafies, острый ринит; 2006 год - ветряная оспа, острый гастрит, 2007 год - вираж, лимфаденит, ячменб левого века, инородное тело носового прохода; 2008 год - контагиозный моллюск на ягодицах, ОРВИ, ринофарингит; 2009 год - ОРВИ.

Наследственный анамнез не отягощен.

Аллергический анамнез: лекарственная аллергия на ампициллин, витамин В1, В6.

История настоящего заболевания

Ребёнок болен с рождения. В возрасте 4 месяцев поступил в дом ребенка. Рос со значительной задержкой в НПР и ФР, плохо прибывал в массе и росте. Сидит - с 11 месяцев, стоит у опоры - с 1г 6 мес.,ходит - с 1 г 11 мес. Часто болел ОРВИ, обострения атопического дерматита, анемия легкой степени, ЗНПР, задержка ФР, РЭП. Получал курсами ноотропы, сосудистые адаптогены, биостимуляторы, поливит, аминокислоты.

Последнее ухудшение 10 мая 2012 года. Отмечалось расторможенность в поведении, неусидчивость, плохой сон, рассеянность. При поступлении три дня плакал в отделении, ничто не могло отвлечь его. Также отмечалось агрессивность. Госпитализируется с целью обследования, лечения, коррекции и решении экспертных вопросов.

Психический статус

Внешность

Астенический тип телосложения, осанка правильная. Одежда чистая, аккуратная. Волосы чистые, мягкие. Ногти покрывают полностью ногтевые ложа, чистые, ровные.

Пациент сидит спокойно, улыбается, доволен собой.

Отношение к куратору дружественное, заинтересованное. Задания выполняет. В беседе без чувства дистанции.

Ясность сознания и его расстройства.

Сознание ясное. Пациент ориентируется в себе, во времени и пространстве.

Нарушения речи

Речь невнятная, развита плохо. Использует фразы и простые предложения. Словарный запас беден. Механически называет свое имя, фамилию, возраст. Кругозор узок, называет предметы и вещи с помощью куратора, опирается на наглядный материал. Приметы раскрывает не полностью, примитивно, называет не все предметы, домашних животных.

На вопросы отвечает охотно, но однословно.

Мышление и его расстройства

Мышление наглядно-действенное. Функции анализа - синтеза развиты слабо. Сравнивания проводить затрудняется. Простые сравнения проводит (по форме, цвету, размеру), значительно затруднено описание, с усложнением не справляется.

Нарушение эмоций и чувств

Эмоционально однообразен, несколько монотонен, не всегда адекватен. Эмоционально не зрелый, развязан.

Ощущения, восприятия и их расстройства

Изменений интенсивности и качества ощущения, восприятия не наблюдаются. Психосенсорных расстройств не отмечено.

Расстройства влечений

Усиления или ослабления пищевых влечений нет. Реакции паники, страха не наблюдается.

Расстройства эффективно-волевой сферы

Временами двигательно расторможен, временами двигательно активен, неусидчив.

Расстройства сна не наблюдаются - засыпает быстро, спит хорошо.

Нарушения внимания

Внимание истощенное, неустойчивое, привлекается ненадолго. Задания выполняет неравномерно, избирательно. С трудом привыкает к новому. Детям особо не тянется, играть не умеет. Затруднено общение со сверстниками, больше тянется к взрослым.

Интеллект, память и их расстройства

Интеллектуальные проявления неравномерны, в целом, ниже возрастного уровня. Счетные операции затруднены в пределах 20.

Знает основные цвета, оттенки, геометрические фигуры. При выполнении заданий требует постоянного внимания к себе. Целостный образ знакомых предметов нечеткий, неполный. Разрезы картинки из 3-4 частей собирает с небольшой помощью, из 4-х диагональных - не справляется. Серийные картинки самостоятельно не раскладывает. Упрощенный вариант сложил с пошаговыми подсказками, причинно-следственной связи не улавливает.

Операциями переноса не владеет

Школьные знания неравномерны

Самооценка и критика к болезни

Критики к своему состоянию нет

Физическое состояние

. Оценка общего состояния больного

Общее состояние удовлетворительное. Самочувствие удовлетворительное. Сознание ясное. Выражение лица спокойное. Положение больного активное. Отношение к окружающей среде адекватное. Телосложение правильное, тип конституции - астенический, походка бодрая, осанка правильная. Рост - 114 см, масса тела - 20 кг, t=36,6.

2. Кожа и придатки кожи

Кожа и видимые слизистые оболочки бледно-розового цвета, склеры физиологической окраски. Пальпаторно кожа влажная.

Волосы сухие, мягкие. Ногти покрывают ногтевое ложе целиком, бледно-розового цвета.

. Подкожно-жировая клетчатка

Подкожно-жировой слой развит умеренно, распределён равномерно и симметрично.

При пальпации толщина подкожно-жирового слоя с обеих сторон на уровне пупка 1 см, на груди - 1 см, на уровне нижних углов лопаток - 1 см, на поверхности плеча - 1 см. При пальпации подкожно-жировой слой безболезненный, упругой мягкой консистенции. Отёков нет.

. Лимфатическая система

При осмотре лимфатические узлы (затылочные, задне- и переднеушные, подчелюстные, подбородочные, заднешейные, над- и подключичные, подмышечные, локтевые, торакальные, паховые, мезентеральные, подколенные) не визуализируются.

. Мышечная система

При осмотре рельеф мышц выражен умеренно, мышцы симметричны. Тонус мышц плечевого пояса и разгибателей спины высокий (прямая осанка). Объем активных движений полный.

Мышцы выражены умеренно, симметричны. При пальпации мышцы безболезненны, упругой консистенции. Объем пассивных движений полный. Статическая сила выражена хорошо.

. Костная система

При осмотре черепа отмечается микроцефалия, соотношение мозговой части к лицевой части черепа 3:1.

Грудная клетка правильная, астеническая, без деформации. При пальпации болезненности нет, целостность тканей не нарушена. Кости пальпаторно плотные, без деформации.

. Суставная система

При осмотре все суставы имеют нормальную конфигурацию, кожа над ними не изменена. Суставы в размере не изменены, не отёчны, симметричны. Объём активных и пассивных движений во всех суставах полный.

Пальпаторно болезненности не обнаружено. Чувствительность кожи над ними сохранена, температура кожи над областью всех суставов без изменений. Толщина кожи над суставами не изменена. Кожа подвижная. Утолщения суставной капсулы нет. Симптом « плавающего надколенника» и симптом флюктуации отрицательные.

. Органы дыхания

Носовое дыхание свободное, болезненности в области корня носа и придаточных пазух не отмечается. Кашля и мокроты нет.

Грудная клетка правильной формы, астеническая, симметричная, обе половины активно участвуют в акте дыхания. Тип дыхания - смешанный, глубина дыхательных движений средняя, частота - 18 в минуту, ритм правильный. Вспомогательная дыхательная мускулатура в акте дыхания не участвует.

При пальпации грудная клетка безболезненна, эластична, голосовое дрожание на симметричных участках одинаковой силы, не усилено.

При сравнительной перкуссии отмечается симметричный легочный звук.

При топографической перкуссии высота стояния верхушек легких спереди: справа - на 3,5 см выше уровня ключицы, слева - на 4 см выше уровня ключицы; сзади - на уровне остистого отростка V11 шейного позвонка на 2,5 см латеральнее его с обеих сторон.

Ширина полей Кренига по 4 см справа и слева.

Подвижность нижнего легочного края: на вдохе 1 см, на выдохе 1.5 см, общая 2,5 см.

Нижняя граница по линиям справа слева

Окологрудинная 5 межреберье

Срединноключичная 6 межреберье

Переднеподмышечная 7 межреберье

Среднеподмышечная 8 межреберье

Заднеподмышечная 9 межреберье

Лопаточная10 ребро

Околопозвоночная остистый отросток 11 грудного ребра

Симптом Аркавина, Кораньи, Филатова и чаши Философова отрицательные

При аускультации легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет. Бронхофония не изменена, одинакова с обеих сторон. Симптома Дэспина, Смита, Домбровской отрицательны.

9. Сердечно-сосудистая система

При осмотре области сердца выпячивания области сердца, видимой пульсации не обнаружено. Верхушечный толчок не визуализируется, сердечный толчок отсутствует. При исследовании сосудов артерии и вены без особенностей.

При пальпации пульс одинаковый на обеих руках, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, нормальной величины с частотой 72 в минуту. Верхушечный толчок пальпируется в V межреберье слева на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии, ограниченный, средней высоты, неусиленный, сила умеренная, нерезистентный (соответствует норме).

Сердечный толчок и эпигастральная пульсация не отмечаются. Симптом «кошачьего мурлыканья» отрицательный. При пальпации в области артерий (сонных, подмышечных, лучевых, бедренных, подколенных, тыла стопы) пульсация их ритмичная, нормальной величины. Пульсация в области вен не определяется.

Дрожания в области сердца не выявлено, зон гиперстезии и болезненности при пальпации не обнаружено.

Границы относительной тупости сердца, выявленные перкуторно: правая - на 1 см вправо от правого края грудины в IV межреберье, левая- на 1 см кнутри от linea mammilaris в V межреберье, верхняя- III ребро по linea parasternalis sinistra. Конфигурация сердца не изменена.

Границы абсолютной сердечной тупости, выявленные перкуторно: правая-левый край грудины в 4 межреберье, левая-на 2 см кнутри от linea mammilaris, верхняя - на уровне IV ребра по linea mammilaris sinistra.

Границы относительной и абсолютной тупости сердца соответствуют норме.

Ширина сосудистого пучка - 5,5 см.

Аускультативно: тоны сердца ясные, нормальной звучности, чистые, ритмичные. Шумы не выслушиваются. ЧСС - 72 уд. в минуту. Дополнительных тонов, органических и функциональных шумов нет.

При осмотре артерий в точках видимой пульсации патологических изменений их не выявлено.

Пальпаторно стенки артерий эластичные, гладкие. Пульс ритмичный, нормального наполнения и умеренного напряжения. АД=110/70 мм.рт.ст. При осмотре и пальпации яремных вен их расширения и набухания не выявлено, видимой пульсации нет.

. Органы пищеварения

При осмотре слизистая губ, преддверия рта и ротовой полости, зева бледно-розового цвета. Язык влажный, выявлен небольшой белый налёт. Имеются кариозные зубы. Миндалины не увеличены, налета нет. Готическое небо.

Живот округлой формы, симметричный с обеих сторон. Пупочное кольцо не расширено, пупок втянут. Видимая перистальтика отсутствует. Выпячиваний живота нет. Подкожная венозная сеть на передней брюшной стенке при осмотре не определяется. Передняя брюшная стенка активно участвует в акте дыхания. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. При глубокой пальпации сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области цилиндрической формы, диаметром 1,5 см, плотноэластической консистенции, гладкая, подвижная, безболезненная, не урчащая.

Слепая кишка пальпируется в правой подвздошной области цилиндрической формы, диаметром 2,5см, плотноэластической консистенции, гладкая, подвижная, безболезненная, урчащая при пальпации.

Поперечная ободочная кишка пальпируется справа и слева по бокам от прямых мышц живота на уровне пупочного кольца, цилиндрической формы, диаметром 2 см, плотноэластической консистенции, гладкая, неподвижная, безболезненная, не урчащая.

Большая кривизна желудка пальпируется на 2,5 см выше пупка в виде плотноватого валика, гладкая, неподвижная, болезненная, неурчащая.

Привратник определяется в виде эластичного, косо расположенного болезненного цилиндра, диаметром 2см, плотноэластической консистенции, гладкая, неподвижная, безболезненная, не урчащая.

Печень не пальпируется.

Желчный пузырь и селезенка не пальпируются.

По Гроту поджелудочная железа не пальпируется.

При перкуссии методом флюктуации и методом плавающей льдинке свободная жидкость в брюшной полости не определяется.

Границы печени по Курлову 9х8х7.

При перкуссии селезенки по 10 ребру - длинник 7см, поперечник - 4см.

Пальпаторно печень не выступает из-под края реберной дуги. Край печени

острый, ровный, мягкий, безболезненный.

При аускультации живота выслушиваются перистальтические кишечные шумы.

Нижняя граница желудка методом аускультофрикции определяется на 2,5см выше пупка. Стул регулярный, оформленный.

. Мочевыделительная система.

При осмотре области мочевого пузыря и поясницы патологических изменений (вздутия, припухлости, асимметрии, местных изменений кожи) не обнаружено. Отеки визуально не определены.

При поверхностной пальпации области живота и области почек болезненности нет.

При глубокой пальпации лежа почки не определяются. Болевые точки по ходу мочеточников также отсутствует.

При перкуссии и методом флюктуации свободная жидкость в брюшной полости не определяется.

Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Мочеиспускание зависит от количества выпитой жидкости, в среднем 5-6 раз в сутки.

диагноз ребенок умственный коррекция

Неврологический статус

Общемозговых явлений нет: на головную боль, головокружение, тошноту и рвоту не жалуется.

Менингиальные симптомы: ригидности затылочных мышц, симптомы Кернига, Брудзинского, напряжения брюшных мышц не наблюдаются.

Черепно - мозговые нервы:

I пара (обонятельный нерв) - обоняние сохранено D=S. Гипер-, гипо-, ан-, дизосмия отсутствует.пара (зрительный нерв) - острота зрения не снижена. Цветоощущение сохранено.(глазодвигательный нерв) - произвольные движения глаз в полном объёме. Пареза взора не отмечается, тонического отведения глаз вправо и влево нет. Зрачки среднего размера, S=D, диаметр зрачков 3 мм, округлой формы, реакция на свет прямая и содружественная, живая. Конвергенция не нарушена. Аккомодация в норме. Объём движений глазных яблок полный.(блоковый нерв)- сходящегося косоглазия и диплопии при взгляде нет.(тройничный нерв) - точки выхода нерва безболезненны, чувствительность сохранена. Напряжение жевательной мускулатуры удовлетворительное. Роговичный, назальный, нижнечелюстной рефлексы - живые, D=S.(отводящий нерв) - произвольные движения глаз в полном объеме. Пареза взора, тонического отведения глаз вправо, влево нет. Глазные щели dextra =sinistra. Объем движений глазных яблок в полном объеме.(лицевой нерв) - мимическая мускулатура симметричная в движениях , надбровные роговичные рефлексы не изменены.(кохлео-вестибулярный нерв) - слух сохранен. Острота слуха: шепотная речь - 4 м, D=S; разговорная речь - 12 м, D=S. Ориентировка в пространстве и равновесие тела сохранены. Нистагма, рвоты нет.(языкоглоточный нерв) - пареза мягкого неба нет, глоточный рефлекс живой.(блуждающий нерв) - глотание сохранено.(добавочный нервы) - положение головы не нарушено, произвольные движения головы и мышц плечевого пояса не ограничены.

ХII (подъязычный нерв) - язык при высовывании по средней линии. Атрофия и фибриллярные подергивания мышц языка отсутствуют. Дизартрии не отмечается.

Двигательные функции конечностей и туловища сохранены в полном объеме.

Физиологические рефлексы сохранены. Патологических рефлексов не выявлено.

Чувствительность сохранена

Вегетативная нервная система

Кожные покровы бледно-розового цвета, влажные, эластичные, тургор сохранен. Ногти не изменены. Дермографизм смешанный. Болезненности солнечного сплетения и шейных симпатических узлов не отмечается.

Протоколы психологических исследований «Понимание пословиц и метафор»:

1. Светлая голова - «чистая».

2. Каменное сердце - «камни в сердце».

. Глухая ночь - «когда не слышат»

. Железный характер - «сильный».

. Семь раз отмерь, один раз отрежь - «не знаю».

. Тише едешь, дальше будешь - «не знаю».

. Золотая голова - «умная».

. Куй железо пока горячо - «не знаю».

. Цыплят по осени считают - «не знаю».

. Не красна изба углами, а красна пирогами - «не знаю».

Выберите одно из слов, заключенных в скобки, которое правильно закончит начатое предложение.

1. У сапога есть…(шнурок, пряжка, **подошва,** ремешки, пуговица).

2. месяц зимы… (сентябрь, октябрь, февраль, **ноябрь**, март).

. У дерева всегда есть… (**листья**, цветы, плоды, **корень**, тень).

. Вода всегда… (**прозрачная,** холодная, жидкая, белая, вкусная).

В каждой строке написано пять слов, из которых четыре можно объединить в одну группу и дать ей название, а одно слово к группе не относится. Это лишнее слово нужно найти и исключить:

. тюльпан, лилия, фасоль, ромашка, фиалка - все цветы, фасоль не цветок (затрудняется ответить что это).

. стол, стул, кровать, пол, шкаф - все мебель, пол лишнее - на нем всё стоит.

. самолет, телега, человек, корабль, велосипед - человек лишнее, на остальных ездят.

. дом, мечта, машина, корова, дерево - затрудняется ответить.

. сладкий, горячий, кислый, горький, соленый - кислый, но почему затрудняется ответить.

. весёлый, быстрый, грустный, вкусный, осторожный - не знает.

Последовательность событий (серия сюжетных картин) из четырёх картин самостоятельно установить не смог.

Картину из двух, трёх, четырех деталей собирает самостоятельно. Называет что на нем изображено.

Квалификация симптомов: - нарушение общения (речи);

нарушение мышления;

нарушение эмоций и чувств;

нарушение эффекторно-волевой сферы;

нарушение внимания;

нарушение памяти;

недоразвитие интеллекта.

Дифференциальный диагноз

Умственную отсталость следует дифференцировать с рано начавшейся шизофренией, деменцией, с внешне сходными состояниями, которые могут быть: при педагогической запущенности, выраженной длительной астенизации, прогредиентных психических заболеваниях (особенно шизофрении и эпилепсии), возникших в раннем возрасте и повлекших за собой выраженное слабоумие.

Умственная отсталость (олигофрения) - это врожденное или приобретенное в раннем возрасте общее недоразвитие психики с преобладанием интеллектуального дефекта. Умственная отсталость отражается на всех психических процессах, в основном - познавательных. У таких деток нарушено активное внимание, а способность к запоминанию обычно замедлена. Словарный запас у детей с умственной отсталостью бедный, а для речи характерно неточное использование слов, неразвернутых фраз, нарушением произношения и т.д. У детей с умственной отсталостью отмечают недоразвитость высших эмоций. Для поведения детей с умственной отсталостью характерны отсутствие мотиваций, зависимость от внешних обстоятельств, недостаточность подавления инстинктивных влечений, неспособность прогнозировать последствия своих поступков.

При педагогической запущенности, когда некоторое замедление психического развития может наблюдаться у здорового ребенка, но лишенного по тем или иным причинам условий для правильного умственного развития, не получающего необходимой информации.

При выраженной длительной астенизации вследствие тяжелых соматических заболеваний, нарушений питания и т.д. При такой астении психически здоровый ребенок также может развиваться с некоторой задержкой, обнаруживать рассеянность внимания, плохую память, замедленность мышления.

При педагогической запущенности и выраженной астенизации дети, несмотря на некоторую задержку психического развития, не обнаруживают свойственных олигофрении симптомов (невозможность вырабатывать понятия или представления, нарушения абстрактного мышления и т.д.) и довольно быстро выравниваются при соответствующей педагогической и медицинской помощи.

При прогредиентных психических заболеваниях (особенно шизофрении и эпилепсии), возникших в раннем возрасте и повлекших за собой выраженное слабоумие. При этом помимо данных анамнеза (до определенного возраста ребенок не выявлял никакой патологии, хорошо развивался), помогает обнаружение типичной симптоматики, свойственной этим болезням.

В отличие от олигофренов, у больных шизофренией задержка развития носит частичный, диссоциированный характер; наряду с этим в клинической картине обнаруживается ряд свойственных эндогенному процессу проявлений - аутизм, патологическое фантазирование, кататонические симптомы.

Атипичный аутизм впервые проявляется после наступления трёхлетнего возраста. Для атипичного аутизма характерно отсутствие хотя бы одного из трех диагностических признаков аутизма: 1. достаточно отчётливые нарушения социального взаимодействия,

. ограниченное, стереотипное, повторяющееся поведение,

. тот или иной признак аномального и/или нарушенного развития проявляется в возрасте после 3-х лет.

При атипичном аутизме либо нарушено социальное взаимодействие, либо нарушено общение, либо имеет место ограниченное повторяющееся поведение (стереотипность). Возможно присутствие двух критериев одновременно, в то время как для диагностики аутизма необходимо наличие трех вышеуказанных признаков.

Атипичный аутизм чаще возникает у детей с глубокой умственной отсталостью, а также встречается у детей с тяжелым специфическим растройством рецептивной речи (снижение способности к пониманию и слуховому восприятию речи при сохранном физическом слухе).

Одним из основных дифференциально-диагностических критериев при отличии олигофрении от последствий каких-то прогредиентных заболеваний нужно считать критерий прогрессирования патологического процесса вообще и, в частности, слабоумия, свойственного этим заболеваниям. Именно по признаку прогредиентности исключаются из группы олигофрении (патологических состояний) ряд болезней (патологических процессов), сопровождающихся нарастающим слабоумием.

К таким страданиям относятся туберозный склероз, болезнь Реклингхаузена (нейрофиброматоз), болезнь Тея-Сакса (семейная амавротическая идиотия) и родственные ей заболевания (другие формы «липидов») и т.д.

Умственную отсталость отличают также от деменции - приобретённого слабоумия, при котором, как правило, выявляются элементы имевшихся знаний, большее разнообразие эмоциональных проявлений, относительно богатая лексика, сохранившаяся склонность к абстрактным построениям.

При ЗПР психическое развитие ребенка отличается неравномерностью нарушений различных психических функций. При этом логическое мышление может быть более сохранным по сравнению с памятью, вниманием, умственной работоспособностью. Кроме того, у детей с ЗПР отсутствует инертность психических процессов. Дети с ЗПР способны не только принимать и использовать помощь, но и переносить усвоенные навыки умственной деятельности в другие ситуации. С помощью взрослого они могут выполнять предлагаемые им интеллектуальные задания на близком к норме уровне.

Нозологический диагноз

На основании:

1) жалоб (на расторможенность в поведении ребенка, временами агрессивные проявления, особенно по отношению к окружающим, может поднять руку, ударить. Мальчик не слушается, капризничает, часто настаивает на своем. Плохой сон. Рассеянность. Начал хуже заниматься, стал неусидчивым, быстрее утомляется, теряет интерес к заданиям, уходит больше времени на занятия. Низкий интеллект, снижение памяти, нарушение речи);

) анамнеза жизни и заболевания: ребенок от третьей беременности, мать во время беременности не наблюдалась, злоупотребляла алкоголем. Роды на сроке 36-37 недель. Родился мальчик с массой тела 1800г, длиной тела 48см. Диагноз роддома: Перинатальное поражение ЦНС, гипертензионный синдром, синдром мышечной дистонии, фетальный гепатит, пренатальная гипотрофия II степени, анемия средней тяжести. Лекарственная аллергия на ампициллин, витамин В1, В6; ОРЗ.

В дом ребенка поступил 21.02.02 в возрасте 4 месяцев. Рос со значительной задержкой в НПР и ФР, плохо прибывал в массе и росте. Сидит - с 11 месяцев, стоит у опоры - с 1г 6 мес., ходит - с 1 г 11 мес. Часто болел ОРВИ, обострения атопического дерматита, анемия легкой степени, ЗНПР, задержка ФР, РЭП. Получал курсами ноотропы, сосудистые адаптогены, биостимуляторы, поливит, аминокислоты. Ребёнок болен с рождения. В возрасте 4 месяцев поступил в дом ребенка. Рос со значительной задержкой в НПР и ФР, плохо прибывал в массе и росте. Сидит - с 11 месяцев, стоит у опоры - с 1г 6 мес., ходит - с 1 г 11 мес. Часто болел ОРВИ, обострения атопического дерматита, анемия легкой степени, ЗНПР, задержка ФР, РЭП. Получал курсами ноотропы, сосудистые адаптогены, биостимуляторы, поливит, аминокислоты.

Последнее ухудшение 10 мая 2012 года. Отмечалось расторможенность в поведении, неусидчивость, плохой сон, рассеянность. При поступлении три дня плакал в отделении, ничто не могло отвлечь его. Также отмечалось агрессивность. Госпитализируется с целью обследования, лечения, коррекции и решении экспертных вопросов.

3) психического статуса (нарушение общения (речи), нарушение мышления, нарушение эмоций и чувств, нарушение эффекторно-волевой сферы, нарушение внимания, недоразвитие интеллекта);

) дифференциального диагноза (с деменцией, педагогической запущенностью, выраженной длительной астенизацией, прогредиентных психических заболеваниях (особенно шизофрении и эпилепсии), возникших в раннем возрасте и повлекших за собой выраженное слабоумие),

можно выставить клинический диагноз: умственная отсталость легкой степени.

Лечение

Медикаментозная терапия:

. Нейропептиды (семакс);

. аминокислоты (глицин);

. цереброваскулярные средства (кавинтон);

. поливит.

Немедикаментозная коррекция

Большое значение для компенсации олигофренического дефекта имеют лечебно-воспитательные мероприятия, трудовое обучение и профессиональное приспособление. В реабилитации и социальной адаптации олигофренов наряду с органами здравоохранения играют роль вспомогательные школы, школы-интернаты, специализированные ПТУ, мастерские для умственно отсталых и др.

Комплексное использование медикаментозных и немедикаментозных методов лечения в сочетании с нейропсихологической и психолого-педагогической коррекцией, социальной работой с пациентом и его семьей является одним из основополагающих принципов курации олигофренических расстройств у детей. Коррекционная работа должна начинаться на раннем этапе и проводиться командой специалистов (детские психиатры, врачи ЛФК, психологи, логопеды, дефектологи, музыкальные работники и др.).

Использованная литература:

2. Коркина М.В. «Психиатрия»: учебник для студ. мед. Вузов / М.В. Коркина, Н.Д. Лакосина, А.Е. Личко, И.И. Сергеев.- 4-е изд. - М.: МЕДпресс-информ, 2008.

. «Детская психиатрия»: учебник/ под ред. Э.Г. Эйдемиллера.-СПб: Питер, 2005.