**I** **ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

Ф.И.О. больной: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пол: женский

Год рождения: 1951 г.р.

Семейное положение: вдова

Домашний адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место работы: пенсионерка

Дата поступления: 07.07.2012 г. в 21.10

Клинический диагноз: Деменция при болезни Альцгеймера с ранним началом

## **II. ЗАПИСЬ ДЕЖУРНОГО ВРАЧА**

Доставлена бригадой СМП из \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в связи с ухудшением психического состояния. Жалоб не предъявляет. Неврологический статус без особенностей. Температура – 36,7. АД – 160/120 мм.рт.ст. Пульс- 80 в минуту. Ранее в данном стационаре не лечилась. Со слов дочери: первое изменение в состоянии около 2-х лет назад: нарушилась память, утрата навыков самообслуживания, нарушение поведения. Настоящее ухудшение состояния в течении 3-х недель: стала эйфорична, неадекватна, не ориентируется во времени, обнажается.

**III. ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО**

*Жалоб нет.*

*Семейный анамнез*. Мать больной умерла при родах. Родители и другие члены семьи психическими заболеваниями, алкоголизмом, сифилисом, туберкулезом не страдали. Случаев самоубийства в семье не было.

*Анамнез жизни*.Больная родилась вторым ребенком. К моменту рождения ее рождения родителям было 20-25 лет. Беременность протекала нормально. Роды вторые, срочные. В психическом и физическом развитии не отставала от сверстников. Сидеть начала к году, ходить к 2-м годам. В школу пошла в срок, закончила 8 классов, специальности не имеет, работала поварам. В данный момент - пенсионерка. Вышла замуж в 23 года, вдова.

Первые менструации появились в 12 лет, регулярные, нервными проявлениями не сопровождались. Количество беременностей – одна. Роды протекали нормально. Дети - дочь. Умственное развитие и состояние здоровья – удовлетворительное.

Из перенесенных заболеваний отмечает простудные, бронхит. Туберкулёз, венерические заболевания отрицает, черепно-мозговые травмы с потерей сознания отрицает. Аллергоанамнез без особенностей, эпиданамнез спокойный. Не курит. Алкоголь употребляет только по праздникам.

*Анамнез болезни.* Gервое изменение в состоянии около 2-х лет назад: нарушилась память, утрата навыков самообслуживания, нарушение поведения. Настоящее ухудшение состояния в течении 3-х недель: стала эйфорична, неадекватна, не ориентируется во времени, обнажается.

**СОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС**: Состояние больной удовлетворительное, положение активное, сознание ясное, выражение лица и глаз доброжелательное. Питание повышенное. При осмотре кожных покровов кожа бледно - розовая, нормальной влажности, теплая наощупь, пролежней, сыпей, расчесов, участков шелушений нет, кровоизлияний, сосудистых звездочек нет, тургор кожи сохранен. При осмотре видимые слизистые оболочки розовые, кровоизлияний, изъязвлений, корочек нет. Пальцы и ногти обычной формы, "барабанных палочек" и "часовых стекол" нет, ногти на руках и ногах блестящие, ровные, исчерченности и ломкости ногтей нет. При пальпации нижнечелюстные, шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, паховые лимфатические узлы не пальпируются. Питание повышенное подкожно-жировая клетчатка развита чрезмерно, толщина 5см, распределена равномерно, отеков нет. Мышцы развиты удовлетворительно, тонус мышц сохранен, при пальпации, активных и пассивных движениях безболезненны. Искривлений, деформаций костей нет, кости при надавливании и поколачивании безболезненны. В суставах болезненности, деформации, хруста при пальпации и движении нет.

**СОСТОЯНИЕ ПО ОРГАНАМ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ СИСТЕМАМ**

*Система дыхания*

Грудная клетка нормостенической формы, западений, выбуханий нет. Дыхание через нос, свободное, брюшного типа, ритмичное, средней глубины с частотой 16 дыхательных экскурсий в минуту. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Одышки, удушья видимых на глаз нет. При пальпации грудная клетка эластична, при ориентировочной и точной пальпации безболезненна. При сравнительной перкуссии над всеми полями легких определяется ясный легочный звук. Аускультативные данные в норме.

*Система кровообращения*

При осмотре область сердца без видимых изменений, сердечный горб отсутствует, верхушечный толчок не виден. При пальпации сердечный толчок не определяется, верхушечный толчок определяется в положении стоя на выдохе на 1.5 см кнутри от левой средене-ключиной линии. Верхушечный толчок низкий, средней силы, резистентный, ограниченный, площадь 1 см. При перкуссии границы относительной сердечной тупости в норме. При перкуссии границы абсолютной сердечной тупости в норме. При аускультации сердца тоны ритмичные, ясные, ослабления, усиления или раздвоения тонов нет, шумы отсутствуют, шума трения перикарда нет. При пальпации лучевой артерии пульс синхронный на обеих руках, одинаковый по величине, ритмичный, с частотой 80 удара в минуту, нормальный по наполнению, напряжению и величине, обычный по форме. При измерении артериальное давление 160/120.

*Система пищеварения и органы брюшной полости*

Глотание свободное, безболезненное. При осмотре области живота живот округлой формы, симметричный, не вздут, выпячиваний, западений, видимой пульсации, перистальтики нет. Расширений вен брюшной стенки и видимой на глаз пульсации в околопупочной области нет. Кожа живота чистая, рубцов нет. Живот участвует в акте дыхания. При поверхностной ориентировочной пальпации живот мягкий, безболезненный. Расхождения прямых мышц живота нет. Размеры печени по Курлову в норме.

*Моче-половые органы*

При осмотре выпячивания над лобком и в области почек нет. При перкуссии с обеих сторон симптом Пастернацкого отрицателен. При поверхностной пальпации болезненность не определяется. При глубокой почки не пальпируются. Верхние и нижние мочеточниковые точки с обеих сторон безболезненны.

*Нервная система*

Зрачки одинаковы, реакция зрачков на свет и болевые раздражители сохранена. Нистагма не обнаружено, конвергенция сохранена. Объем движений глазных яблок полный. Углы рта симметричны, носогубные складки выражены одинаково с обеих сторон. Мимика сохранена. Нарушений со стороны черепно-мозговых нервов нет, корнеальный рефлекс сохранен. Сухожильные, надкостничные, поверхностные рефлексы нормальной выраженности. Патологических рефлексов нет. Чувствительность сохранена. Менингиальные симптомы отрицательные. Вазомоторных расстройств нет. Потоотделение и слюноотделение в норме. Трофических расстройств нет. В позе Ромберга больная устойчива. Координационные пробы (пальце-носовую и пяточно-коленную) выполняет свободно. Речь не затруднена.

***Данные лабораторных и специальных исследований :***

ОАК от 14.09.12

ЭР.- 4,8

Гемоглобин – 14,7 г/л

Тромбоциты -240

Лейкоциты - 7,2

Палочкояд. - 4%

Сегментояд. - 52%

Лимфоциты - 35%

Моноциты – 2%

СОЭ – 8 мм в ч

ОАМ от 14.09.2012:

Цвет-светложелтая.

Мутность –

Реакция кислая.

Относительная плотность 1012

Белок и глюкоза – отсутствуют.

Эпителий – 2-3

Лейкоциты -2-3

БХ-анализ крови от 14.09.2012.

Белок – 69 г/л

Альбумин – 40 г/л

Мочевина – 3,9 ммоль/л

Холестерин – 4,9 ммоль/л

Глюкоза – 4,8 моль/л

АсАТ- 11Е/л

АлАт – 12 Е/л

Амилаза – 19 Ед/л

Хлориды – 99 ммоль/л

Осмотр гинеколога от 10.08.2012. Диагноз – менопауза.

УЗИ от 17.07.2012. Заключение: почки и надпочечники: удвоение левой почки. Селезенка: норма. Поджелудочная железа: диффузные изменения по типу липоматоза. Печень: диффузное изменение по типу жирового гепатоза. Желчный пузырь: норма.

ЭКГ от 14.09.12.- ритм синусовый, отклонение ЭОС влево,ЧСС-80 уд/мин.

***Психический статус***

1. Внешний вид больной в целом. Больная на курацию пришла сама. Походка уверенная, осанка правильная. В ясном сознании. Мимика достаточно живая, адекватная. Движения быстрые. Жестикуляция адекватная. Неопрятна. Относится к беседе без интереса. Не сосредоточена. Содержание беседы и вопросов понимает. Речь некрасноязычная, необстоятельная, громкая. Больная строит речь грамотно. Рассказывая о чем-либо, постоянно вспоминает о второстепенных деталях и застревает на них, иногда вовсе не может вернуться к первоначальной теме разговора. К примеру, постоянно говорит, что «дочка с зятем за мной сегодня вечером приедут ...Обои поклеят и приедут….Дочка сказала, что поставят мне зубы…».
2. Сознание. Ориентация больной во времени и пространстве нарушена. Ориентация в собственной личности сохранена. Симптомов отключения сознания не отмечено: больная реагирует на раздражители обычной силы, понимает обращенные к ней вопросы разной степени сложности. Сонливости нет.
3. Восприятие. Расстройств восприятия в виде иллюзий, галлюцинаций, нарушения схемы тела, деперсонализации и дереализации не отмечено.
4. Память. Память на прошлые события сохранена, но присутствуют явления парамнезий (путает хронологию событий)- псевдореминисценции. Память на текущие события нарушена (считает, что находится в отделении два дня, хотя на самом деле находится там с 07.07.2012)
5. Внимание. Внимание больной устойчивое. Больная не отвлекается. Признаков истощения внимания не отмечено. Беседа с больной длилась более 30 минут, и за это время больная не проявляла усталости.
6. Интеллект. При сборе анамнеза больная не употребляла общие и профессиональные понятия, ее суждения и умозаключения касались только бытовых, домашних проблем, были поверхностными, без попыток анализа ситуаций. Легко воспринимались только относительно простые вопросы, на них давались простые, поверхностные, конкретные ответы. Сложно сформулированные вопросы, касающиеся отдельных деталей, воспринимались с трудом, их приходилось повторять или упрощать. Знает фамилию нынешнего президента Беларуси.

Такой уровень интеллекта можно объяснить недостаточным образованием больной, отсутствием профессии (соответственно, и профессиональных знаний), окружением больной и низким уровнем культуры в ее семье.

1. Мышление. Речь. Основной тип мышления у больной – конкретный: больная в разговоре пытается сводить все ответы на вопросы к конкретным предметам, вещам, действиям. Речь некрасноязычная, необстоятельная, громкая.Патологической обстоятельности, резонерства, персевераций в речи не отмечено. Глубина суждений, высказываемых больной в беседе, недостаточна. Суждения больной касаются в основном бытовых проблем, отношений с семьей дочери. Эти простые рассуждения больная ведет правильно, не высказывая паралогичных идей. Фобий выявить не удалось, сверхценных идей в разговоре больная не высказывала.

Результаты психологических тестов для оценки мышления:

Исключение четвертого лишнего больная проводит правильно, и правильно объясняет, почему исключает именно данное понятие.

Смысл выражения « Под лежачий камень вода не течет» больная поясняет не правильно.

1. Эмоции. Чувства. Свое настроение в данный момент больная оценивает, как хорошее. Колебаний настроения в зависимости от времени суток больная не отмечает. Со слов дочери, у больной возникали суицидальные мысли. Мимика у больной активная, жестикуляция присутствует. Эмоции выражены, адекватны предмету беседы.
2. Критика. Больная относится к себе и своей болезни без критики.
3. Двигательно-волевая сфера.

Больная неопрятна в прическе, одежде, не пользуется косметикой.

В разговоре участвует пассивно, в основном отвечает на поставленные вопросы, встречных вопросов не задает, интереса к беседе не проявляет, не пытается выяснить что-либо о своей болезни. В отделении в основном одинока, с больными общается редко, большую часть времени бесцельно ходит по коридору.

Часто упоминает о том, что скоро ее должны выписать, что очень хочет домой, соскучилась по дочери. Планы больной не соответствуют реально существующей жизненной ситуации.

9. Личность в преморбиде - замкнутая. Тип темперамента по Гиппократу – холерик. К людям не тяготеет. Характеризуется настойчивостью.

**IV ОБЪЕКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ**

Со слов дочери: первое изменение в состоянии около 2-х лет назад: нарушилась память, утрата навыков самообслуживания, нарушение поведения. Настоящее ухудшение состояния в течение 3-х недель: стала эйфорична, неадекватна, не ориентируется во времени, обнажается.

**V. ДНЕВНИК, ЛЕЧЕНИЕ**

19.09.2012. Жалоб нет. Контакту доступна, ориентирована грубо, несколько бестолкова, расторможена. Время проводит в постели или сидя на коридоре. Настроение снижено. Интересуется выпиской . Аппетит хороший. Стул и диурез в норме. Лечение принимает. Режиму подчиняется. Ночь спала спокойно. АД 160/120мм.р.ст.Пульс 80. Тоны сердца ясные , ритмичные. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный.

20.09.2012 Жалоб нет. Контакту доступна, ориентирована грубо, несколько бестолкова, расторможена. Время проводит в постели или сидя на коридоре. Настроение снижено. Интересуется выпиской . Аппетит хороший. Стул и диурез в норме. Лечение принимает. Режиму подчиняется. Ночь спала спокойно. АД 160/120мм.р.ст.Пульс 80. Тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный

Лечение:

-стол №15, -режим А,

-для положительных сдвигов в когнитивной сфере, речевой функции, повышении общих функциональных возможности- амиридин 20 мг в сутки, а затем повышают до 40 мг.

-оптимизация познавательных, поведенческих и эмоциональных функций – глиацилин 1200мг в сутки.

-методика когнитивного тренинга.

**VI. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

В диагностике деменций альцгеймеровского типа (болезни Альцгеймера), особенно на относительно ранних этапах ее течения, встречаются серьезные трудности; нередко требуется дифференциация с иными формами психической патологии, сопровождающимися нарушениями разных сторон познавательной деятельности, поведения и социальной адаптации больного.

Особенно актуальна задача своевременного отграничения болезни Альцгеймера от некоторых нейрохирургических заболеваний (объемные мозговые процессы, нормотензивная гидроцефалия), так как ошибочная диагностика болезни Альцгеймера в этих случаях не позволяет своевременно использовать единственно возможный для спасения больного хирургический метод лечения. Не менее важна правильная диагностическая квалификация вторичной деменций, т. е. обусловленной иными, например общесоматическими (инфекционными, интоксикационными, метаболическими, эндокринными) или церебральными процессами (энцефалиты, травма головного мозга, субдуральная гематома и др.) случаев слабоумия, которые при правильно выбранной терапевтической тактике могут быть частично или полностью обратимыми.

Столь же значимо отграничение начальных проявлений болезни Альцгеймера (особенно у больных с депрессивными или тревожно-депрессивными реакциями на болезнь) от нередких в позднем возрасте депрессивных состояний, сопровождающихся картиной кажущейся деменций (псевдодеменция). Нередко возникают трудности при дифференциации болезни Альцгеймера от сосудистой (мультиинфарктной) деменций или других атрофических процессов позднего возраста.

Необходимость в отграничении болезни Альцгеймера от опухоли головного мозга обычно появляется в том случае, если на ранних стадиях болезни преобладают те или иные корковые расстройства, опережающие по темпу прогредиентности нарушения мнестико-интеллектуальных функций. Например, в тех случаях, когда при относительно неглубокой деменций обнаруживаются выраженные нарушения речи, а нарушения других высших корковых функций значительно отстают от них по прогредиентности и могут быть выявлены только при специальном нейропсихологическом исследовании. Или, наоборот, если при нерезко выраженных речевых расстройствах и умеренном психоорганическом снижении обнаруживаются отчетливые нарушения письма, счета, чтения и агностические симптомы (т. е. речь идет о преимущественном поражении теменно-затылочных областей). Правильной диагностической квалификации в этих случаях помогает отсутствие общемозговых нарушений (головная боль, рвота, головокружение и др.) и локальных неврологических симптомов. При появлении локальных неврологических знаков и эпилептических припадков на этапе, предшествующем развитию деменции, или в случае присутствия общемозговых симптомов диагноз болезни Альцгеймера вызывает сомнение и при этом требуется проведение исследования глазного дна, электрофизиологического обследования, эхографии, нейроинтраскопического исследования и т. д. для исключения новообразования.

Гидроцефалическая деменция, или нормотензивная гидроцефалия, — наиболее хорошо известная курабельная деменция (своевременная операция шунтирования дает высокий терапевтический эффект и почти в 50 % случаев устраняет симптомы деменции), характеризующаяся триадой расстройств — постепенно прогрессирующей деменцией, нарушениями походки и недержанием мочи. Эти симптомы в отличие от болезни Альцгеймера появляются на относительно ранних этапах заболевания. В отдельных случаях не все структурные компоненты указанной триады бывают представлены одинаково. Как правило, мнестико-интеллектуальные расстройства при нормотензивной гидроцефалии определяются нарушениями запоминания и памяти на недавние события и расстройством ориентировки, тогда как при болезни Альцгеймера нарушения памяти носят более тотальный характер (страдают не только запоминание и память на недавние события, но и прошлые знания и опыт). В отличие от эмоциональной сохранности пациентов с болезнью Альцгеймера больным с нормотензивной гидроцефалией свойственны равнодушие, эмоциональная тупость или расторможенность. У больных нормотензивной гидроцефалией обычно не бывает нарушений праксиса и речи, а нарушения походки отличаются своеобразием (медленная, на негнущихся, широко расставленных ногах).

Необходимость в дифференцировании болезни Альцгеймера от эндогенной депрессии возникает преимущественно на относительно ранней стадии заболевания при неглубокой еще степени распада мнестико-интеллектуальных функций и эмоциональной сохранности, когда больные дают реакции тревоги и растерянности на происходящие с ними изменения и высказывают общие жалобы на утомляемость, затруднения в работе, трудности в концентрации внимания, снижение активности. Наиболее часто выраженные депрессивные реакции встречаются при моноочаговом типе начала болезни Альцгеймера.

Разграничение между болезнью Альцгеймера и депрессивной псевдодеменцией основывается на тщательном выяснении анамнестических данных и всесторонней оценке психического состояния и особенностей его динамики. В анамнезе больных с эндогенной депрессией нередко выявляются предшествующие субдепрессивные эпизоды или необъяснимые периоды «плохого самочувствия». Кроме того, больные с депрессией обычно могут указать хронологический период или даже дату начала болезни, а при болезни Альцгеймера инициальные симптомы нарастают настолько медленно и малозаметно, что больные затрудняются датировать их начало. Сниженный аффект при депрессивной псевдодеменции обычно стабилен, в то время как выраженность нарушений памяти и интеллектуальной деятельности может колебаться по интенсивности не только в течение более или менее длительного временного промежутка (недель, месяцев), но даже в течение одного дня. В противоположность этому при болезни Альцгеймера депрессивные расстройства, как правило, непостоянны и изменчивы, а нарушения познавательной деятельности стабильны и имеют тенденцию к медленному прогрессированию. Различается также отношение больных к своим интеллектуальным расстройствам. Если больные депрессией тревожатся по этому поводу, склонны к самоупрекам и преувеличенной оценке тяжести имеющихся у них нарушений интеллектуальной деятельности и собственной несостоятельности, то пациенты с болезнью Альцгеймера могут скрывать или преуменьшать их. Специальное исследование памяти и высших корковых функций с применением несложных нейропсихологических тестов позволяет обнаружить даже на ранней стадии болезни Альцгеймера указанные нарушения памяти, а также дефекты зрительно-пространственной деятельности, элементы афатических и апрактических расстройств.

Необходимость разграничения болезни Альцгеймера с сосудистой деменцией возникает преимущественно при так называемых псевдоальцгеймеровских формах сосудистой деменции, сопровождающихся нарушениями высших корковых функций (афато-апракто-агностическими расстройствами). Правильной диагностической оценке в этих случаях помогает анализ объективных анамнестических данных. Информация об остром начале заболевания, о транзиторных нарушениях мозгового кровообращения с появлением преходящих неврологических расстройств или кратковременных эпизодов помрачения сознания, а также сведения о ступенеобразном нарастании деменции свидетельствуют о вероятном сосудистом генезе заболевания. Выявление очаговых неврологических симптомов повышает вероятность этого диагноза.

Для распознавания сосудистой деменции, сопровождающейся корковыми очаговыми расстройствами, и отграничения ее от болезни Альцгеймера полезно использование соответствующих шкал, в частности ишемической шкалы Хачински [Hachinski V. C., 1975], а также оценочной шкалы, применяемой для диагностики болезни Альцгеймера, разработанной L. Gustafson и L. Nilsson (1982). Оценка свыше 6 баллов по шкале Хачински свидетельствует о большой вероятности сосудистой этиологии деменции. Оценка свыше 5 баллов и особенно 8 баллов (в зависимости от продолжительности деменции) по шкале L. Gustafson и L. Nilsson является доводом в пользу диагноза болезни Альцгеймера. Наиболее существенную помощь в диагностике псевдоальцгеймеровской формы сосудистой деменции оказывает исследование больного с помощью КТ. Для мультиинфарктной деменции характерно сочетание очаговых изменений плотности вещества головного мозга и не резко выраженного расширения желудочков, особенно асимметричного, и субарахноидальных пространств.

Отграничение болезни Альцгеймера от болезни Пика, также сопровождающейся нарушениями высших корковых функций и формированием тотальной деменции, основывается на определенных качественных различиях в структуре деменции и динамике ее развития. В отличие от болезни Альцгеймера при болезни Пика уже на ранних этапах возникают глубокие личностные изменения с аспонтанностью и оскудением речевой и двигательной активности или с дурашливостью и расторможенностью, стереотипными формами деятельности. В то же время инструментальные функции интеллекта (память, внимание, ориентировка, счет и др.) остаются длительное время сохранными, хотя наиболее сложные стороны мыслительной деятельности (обобщение, абстрагирование, критика) нарушаются уже на начальном этапе развития болезни. Корковые очаговые расстройства также имеют определенные особенности.

Преобладают нарушения речи, представляющие собой не только обязательные, но и ранние проявления болезни. Наблюдается постепенное обеднение речи, снижение речевой активности до «кажущейся немоты» и появление речевых стереотипии, «стоячих оборотов», которые на поздних этапах болезни представляют единственную форму речевой продукции. Для поздних этапов болезни Пика характерно полное разрушение речевой функции (тотальная афазия), тогда как симптомы апраксии появляются довольно поздно и обычно не достигают степени тяжелого распада, характерного для болезни Альцгеймера. Неврологические симптомы (за исключением амимии и мутизма) обычно отсутствуют даже на отдаленной стадии болезни Пика.

Дифференциальный диагноз с хореей Гентингтона необходимо проводить при наличии в клинической картине деменции хореоподобных гиперкинезов. В случаях болезни Альцгеймера гиперкинезы возникают только на отдаленных этапах течения на фоне далеко зашедшей деменции и при выраженных корковых очаговых расстройствах, что нехарактерно для хореи Гентингтона, когда они появляются с самого начала заболевания

**VII. ПРОГНОЗ**

Клинический прогноз: сомнительный

Социально-трудовой: оценивается как неблагоприятный, больная признана недееспособной.

**VIII. ЭПИКРИЗ**

Больная \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 1951 г.р. поступила в ВОПКБ 07.07.2012 года.

Доставлена бригадой СМП из \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в связи с ухудшением психического состояния. Жалоб не предъявляет. Неврологический статус без особенностей. Ранее в данном стационаре не лечилась. Со слов дочери: первое изменение в состоянии около 2-х лет назад: нарушилась память, утрата навыков самообслуживания, нарушение поведения. Настоящее ухудшение состояния в течении 3-х недель: стала эйфорична, неадекватна, не ориентируется во времени, обнажается. Неврологический статус без признаков поражения со стороны ЦНС.

Психический статус: сознание ясное, ориентация больной во времени и пространстве нарушена, сохранена в собственной личности. Контакту доступна. Мимика достаточно живая, адекватная. Движения быстрые. Жестикуляция адекватная. Неопрятна. Относится к беседе без интереса. Не сосредоточена. Содержание беседы и вопросов понимает. Речь некрасноязычная, необстоятельная, громкая. Больная строит речь грамотно. Рассказывая о чем-либо, постоянно вспоминает о второстепенных деталях и застревает на них, иногда вовсе не может вернуться к первоначальной теме разговора. Расстройств восприятия в виде иллюзий, галлюцинаций, нарушения схемы тела, деперсонализации и дереализации не отмечено. Память на прошлые события сохранена, но присутствуют явления парамнезий (путает хронологию событий)- псевдореминисценции. Память на текущие события нарушена (считает, что находится в отделении два дня, хотя на самом деле поступили 07.07.2012). Внимание больной устойчивое. Больная не отвлекается. Признаков истощения внимания не отмечено. Интеллект невысокий. Такой уровень интеллекта можно объяснить недостаточным образованием больной, отсутствием профессии (соответственно, и профессиональных знаний), окружением больной и низким уровнем культуры в ее семье. Основной тип мышления у больной – конкретный: больная в разговоре пытается сводить все ответы на вопросы к конкретным предметам, вещам, действиям. Эмоции. Чувства. Свое настроение в данный момент больная оценивает, как хорошее. Колебаний настроения в зависимости от времени суток больная не отмечает. Со слов дочери, у больной возникали суицидальные мысли. Мимика у больной активная ,жестикуляция присутствует. Эмоции выражены, адекватны предмету беседы. Больная относится к себе и своей болезни без критики.

Больная неопрятна в прическе, одежде, не пользуется косметикой. Часто упоминает о том, что скоро ее должны выписать, что очень хочет домой, соскучилась по дочери. Планы больной не соответствуют реально существующей жизненной ситуации.

Лечение: -стол №15, -режим А,

-для положительных сдвигов в когнитивной сфере, речевой функции, повышении общих функциональных возможности- амиридин 20 мг в сутки, а затем повышают до 40 мг.

-оптимизация познавательных, поведенческих и эмоциональных функций – глиацилин 1200мг в сутки.-методика когнитивного тренинга.

Заключительный диагноз: Деменция при болезни Альцгеймера с ранним началом.

Больная продолжает лечение.