**Анамнез жизни**

Анамнестические сведения представлены на основе медицинской документации, так как законный представитель ребёнка в назначенный срок на беседу не явился.

Поступает в клинику впервые с жалобами на отставание в психоречевом развитии, повышенную двигательную активность, неусидчивость, крайнюю неустойчивость внимания, обуславливающие школьную дезадаптацию при обучении ребёнка по программе школы 5 вида.

Данные о семье: семья из 5 человек (отец, мачеха и 3 детей). Мать мальчик, 37 лет, в настоящее время в заключении, родители были разведены в 2005 году. С тех пор отец с матерью не общался, ни о месте работы, ни о причинах заключения не знает. Известно, что мать вела «аморальный образ жизни, воспитанием ребёнка не занималась». Отец, 38 лет, образование среднее специальное (слесарь), индивидуальный предприниматель, здоров, имеет другую семью. Сводная сестра (дочь мачехи), 18 лет, здорова, ученица ВУЗа. Брат от второго брака отца, 2года 4 месяца, развивается нормально. Пациент живёт в семье отца с марта 2009 года. Отношения в семье нормальные.

Наследственность: отрицается.

Беременность, роды, период новорождённости: известно, что мальчик от 1-ой беременности, роды в 40 недель, «сухие», родился с обвитием пуповины, но закричал сразу. Апгар 7/8. Вес 3700г, рост 53 см. Выписан на 5 день.

Заболевания: сотрясения мозга, судорог не было. Операция по поводу гемангиомы на спине. Инфекционными заболеваниями не болел. ОРВИ часто в дошкольном возрасте (более подробно отец не знает).

Раннее детство: раннее развитие с задержкой (по данным выписки), со слов отца - нормально.

Дошкольный период: ДДУ не посещал, воспитывался дома бабушкой по линии матери.

Младший школьный период: в школу пошёл с 7 лет по программе (1-4), школа 5 вида. К школе был не готов. Обращались на МПК «Надежда», где было рекомендовано обучение в школе 5 вида.

Начало болезни: ранний анамнез скуден. Известно, что ДДУ не посещал, воспитывался в основном бабушкой по линии матери. Родители развелись в 2005 году, а мать вела асоциальный образ жизни, ребёнком интересовалась мало. К школе был не подготовлен. Весной 2009 года отец забрал мальчика в свою семью (после осуждения матери). Отмечал, что мальчик был педагогически запущен, не развит, плохо подготовлен к школе, недостаточно были развиты навыки самообслуживания. За год у отца в семье мальчик освоил навыки самообслуживания, в поведении особых трудностей не представляет. Перед школой был осмотрен на МПК «Надежда», начал обучение в школе-интернате 5 вида. В интернате отмечают, что мальчик крайне невнимателен, отвлекаем, в занятиях на уроках малопродуктивен, сам не умеет организовать свою деятельность, может ходить по классу, уйти поиграть или «погулять» по школе.

Школа ставит вопрос об обследовании и лечении мальчика (характеристика не предлагается).

**Катамнез**

Госпитализируется повторно, через приёмное отделение в сопровождение медсестры. Последняя выписка от апреля 2010 года.

При поступлении жалобы на гиперактивность, дефицит внимания, навязчивые движения.

Мальчик находится приюте с февраля 2012 года, ранее жил с родителями, был изъят из семьи, в данный момент решается вопрос о лишении родителей родительских прав. В данное время лечение не получает. Госпитализируется с целью обследования, уточнения диагноза, лечения, определения профиля обучения.

В связи с положительной реакцией Манту (15мм), указанием в справке от фтизиатра от марта 2012 года на инфицированность МБТ и отсутствием в справке разрешения на нахождение в детском коллективе, госпитализируется в боксовое отделение для дообследования фтизиатром.

**Настоящее состояние**

На момент курации состояние больного удовлетворительное, положение активное, сознание ясное. Телосложение астеническое, пониженного питания, грудь «впалая» (рост 152 см, вес 34,4кг). При осмотре кожных покровов кожа сухая, теплая на ощупь, шелушащиеся на обеих руках явления дерматита, на наружной поверхности предплечья бледные мелкоточечные высыпания, на правой стороне груди в области рёбер свежая ссадина, на спине шрамы (операция по поводу гемангиомы), на ногах множественные ссадины и экхимозы.

Зев спокойный, миндалины не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Лицо симметричное, глазные щели равновелики, зрачки округлой формы, реакция на свет содружественная. Потоотделение и слюноотделение в норме. Стул, диурез в норме.

**Неврлогический статус**

Походка устойчивая. В позе Ромберга устойчив. Пальце-пальцевую пробу выполняет. Патологических рефлексов нет. Чувствительность сохранена. Менингиальная симптоматика отсутствует

**Психический статус**

Внешне неряшлив. На беседу идёт охотно. Контактирует с желанием. Эмоциональные проявления адекватные. В пространстве и времени ориентируется правильно . На вопрос, где он находится отвечает: «меня везли в Лесную школу, а привезли сюда (в санаторий), наверное просто перепутали что то» . Называет полностью своё имя и фамилию. Относится к своему состоянию (к словам врача) без должной критики, держится без должной дистанции. Эмоционально невыразителен. Фон настроения снижен. Двигательно расторможен (постоянно двигает руками, ногами, теребит складки одежды). Отмечается неустойчивость внимания, часто отвлекается, непроизвольно фиксируется на окружающих предметах. Темп мыслительной деятельности замедлен. Речь монотонная, с нарушенным звукопроизношением, скудным словарным запасом(часто пытается подобрать нужные слова). При выполнении заданий требует внешней стимуляции по причине повышенной отвлекаемости, мало заинтересован в успешном результате. Запас знаний ниже возрастной нормы. Вычисления на сложение и вычитание выполняет в пределах 10. На вопрос, сколько будет 100-7, действуя в медленном темпе и считая на пальцах, ответил «94», со второго раза «93». Умножает простые числа на 2, больше из таблицы умножения ни чего не знает. Читает медленно, по слогам, текст пересказать не может. Пишет прописными буквами. Мышление ближе к конкретному. Постоянно задаёт один и тот же вопрос: «А когда меня переведут? Мне тут скучно, а там в отделении есть ребята», хотя, со слов мальчика, на вопрос «много у тебя друзей?», ответил «что друзей нет, со мной мало кто общается».

**План обследований**

Поступает для подбора активной терапии, для уточнения диагноза, уточнения степени умственной отсталости, уточнения профиля обучения и проведения ГМПК.

1. Клинический анализ крови;

2. Биологический анализ крови;

3. Общий анализ мочи;

4. консультация педиатра;

5. консультация фтизиатра.

**Дневники**

Двигательно расторможен. Любит шумные игры. Охотно поддерживает общение с соседям по палате. Фон настроения ровный. Замечаниями корригируется. Пребыванием не тяготится.

Соматическое состояние, сон, аппетит в норме. Физиологические, отправления в норме.

Режим: Режим 1.

Активная терапия: ПФК, ФЗТ, индивидуальная психотерапия. Стол общий.

Активную терапию не получает.

Диагноз: гиперкинетическое расстройство поведения. Основной синдром: гипердинамический синдром

**Обоснование диагноза**

На основании данных психического статуса, где отмечаются признаки гиперкинетического расстройства поведения, повторной госпитализации (за период с момента последней госпитализации очевидной стала несостоятельность ребёнка в учебной деятельности, что связано с выраженным интеллектуальным и речевым недоразвитием) можно поставить диагноз - гиперкинетическое расстройство поведения.

**Дифференциальный диагноз**

Дифференциальный диагноз необходимо провести между задержкой психоречевого развития и умственной отсталостью.

Гиперкинетический синдром характеризуется ранним началом. Ребёнок не может сколько-нибудь длительно сосредоточить своё внимание на каком-либо занятии, предмете, крайне отвлекаем, беспокоен. Испытывает напряжение, дискомфорт, если вынужден граничить свою двигательную активность. Его действия, поступки часто маломотивированны, производят впечатление импульсивных и неадекватных ситуаций, в которой он находится. Причины синдрома полиэтиологичны, обусловлены как физиологическими, так и психологическими факторами.

Умственная отсталость (лёгкая степень) отличается характерными чертами интеллектуальной недостаточности в виде рутинности мышления, отсутствия способности к абстрактному мышлению. Отмечается недостаточная способность к самообладанию, к подавлению влечений, повышенная внушаемость, в связи чем они могут попадать под влияние других. Двигательная сфера отличается размашистостью, неуклюжестью. Отмечаются аномалии физического развития, неврологические расстройства.

**Лечение**

Для лечения рекомендуются седативная терапия (Нейролептики), семейная психотерапия, социально-бытовая реабилитация.