**ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ**

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

Возраст: 22.05.1985г.

Домашний адрес: Набережная 11

Место работы: не работает, инвалид II группы

Образование: среднее

Дата поступления в стационар: 18.10.13г.

Клинический диагноз: Легкая умственная отсталость с нарушением поведения

**ЗАПИСЬ ДЕЖУРНОГО ВРАЧА**

18.10.13г. была доставлена бригадой скорой медицинской помощи в связи ухудшением состояния. По словам ее сестры пациентка неоднократно уходила гулять на улицу и являлась , когда стемнеет, не слушается, пьет спиртное, гуляет с мужчинами, дома не следит за собой. Жалоб не предъявляет. Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Ориентирована в месте личности. Правильно отвечает на все вопросы. Расстройство восприятия и бредовых идей нет. Не понимает переносный смысл пословиц и поговорок, не может считать до 10. Голос громкий. Сон и аппетит достаточный. Острой психопродукции в виде бреда и галлюцинаций не выявлено.

Объективно: Кожный покров и видимые слизистые чистые, бледные. Лимфатические узы, щитовидная железа и молочные железы не изменены. Отеков нет. Опорно-двигательная система без грубой патологии. В легких дыхание везикулярное, ЧД 16 в мин., хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены, чсс 80 в мин, АД 120/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, почки и селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

**ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР БОЛЬНОГО В ОТДЕЛЕНИИ**

Жалобы на момент поступления: отсутствуют.

Анамнез жизни: младшая из 2 детей. С детства отставала в умственном развитии. Ходить начала к 1г 6мес, фразовая речь с 3 лет. В школу пошла с 7 лет, окончила 9 классов вспомогательной школы. Не работала Явлется инвалидом 2 группы. Мать умерла в 2011г. Сестра является опекуном. Проживает с сестрой

Перенесенные заболевания: простудные, частые ангины, детские инфекции, хр. тонзилит.

Акушерский анамнез: menses регулярные. ТВС, ЧМТ, болезнь Боткина, вензаболевания, вирусный гепатит- отрицает.

Аллергоанамнез отягощен-холод, ампициллин.

Наследственность психопатологически отягощена: отец злоупотребляет алкоголем.

История заболевания: С детства отмечались судорожные припадки. В 2003 году лечилась в данном стационаре с диагнозом: ЛУО, обусловленная неуточненными причинами, без нарушения поведения, судорожный синдром.

По информации органов опеки: отец часто закрывается с пациенткой в одной комнате. Родственники неоднократно замечали, что больная находилась с отцом в одной постели. Неоднократно находилась на стац. лечении в данном стационаре. Последняя госпитализация в 6 отд., с 13.04.13 по 14.06.13г.

Психический статус: Сознание ясное. Ориентирована во всех видах достаточно. Правильно отвечает на простые вопросы. Расстройств восприятия и бредовых идей нет. Мышление конкретное, малопродуктивное. Не понимает переносный смысл пословиц и поговорок, не может считать до 10. Читает. Память и интеллект низкие. Круг интересов ограничен. Не может объяснить неправильное поведение дома. Критика к своему состоянию формальная. Судорожных припадков в течении последнего года не наблюдалось. Сон, аппетит достаточные.

Неврологический статус: асимметрия носогубных складок. Без знаков органического поражения ЦНС.

Соматический статус: Общее состояние удовлетворительное. Повышенного питания. Опорно-двигательная система без патологии. Кожа и видимые слизистые чистые обычной окраски. В области правого глаза и предплечья кровоподтеки. Л/узлы, щитовидная железа, молочные железы без изменений. В легких дыхание везикулярное. Хрипов нет. ЧД 16. Сердечные тоны ритмичные, приглушены. Пульс 80. АД 120/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, б/б при пальпации. С-м поколачивания с обеих сторон отриц. Печень, почки, селезенка не пальпируются

*Учитывая данные анамнеза (По словам ее сестры пациентка неоднократно уходила гулять на улицу и являлась , когда стемнеет, не слушается, пьет спиртное, гуляет с мужчинами, дома не следит за собой. С детства отставала в умственном развитии. Ходить начала к 1г 6мес, фразовая речь с 3 лет. С детства отмечались судорожные припадки. В 2003 году лечилась в данном стационаре с диагнозом: ЛУО, обусловленная неуточненными причинами, без нарушения поведения, судорожный синдром.),* *мышление конкретное, малопродуктивное. Не понимает переносный смысл пословиц и поговорок, не может считать до 10. Читает. Память и интеллект низкие. Круг интересов ограничен. Не может объяснить неправильное поведение дома. выставлен* ***диагноз****: Легкая умственная отсталость с нарушением поведения.*

План обследования:

1. ОАК, ОАМ, БАК, РВ, ЭКГ, осм. Терапевта, невролога

2. Режим 2А, стол Б.

3. Лечение:

С нормотимической целью: т. Карбамазепин 0,2\*2 раза в сутки

**Обследование больного лечащим врачом**

А. Самочувствие больной удовлетворительное. Жалоб не предъявляет.

Б. Субъективный анамнез.

1. Семейный анамнез. О болезнях матери и отца больная не осведомлена. Психическими, венерическими заболеваниями, туберкулезом, болезнью Боткина никто из семьи и ближайших родственников не страдает. Странностей в поведении со стороны родственников не замечала. Случаев самоубийств в семье не было. Бытовые условия, в которых живет больная, удовлетворительные.

2. Анамнез жизни: раннее развитие без особенностей. Окончила 8 классов. В настоящее время является инвалидом второй группы. Живет с отцом и 17-летним сыном. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные, миокардиодистрофия H I, АГ I. Венерические заболевания, вирусный гепатит, ЧМТ отрицает. Аллергоанамнез не отягощен. Наследственность психопатологически не отягощена. Операции, переливания крови не было. Вредные привычки отрицает.

3. Анамнез заболевания: Психически больна с 1981 года, когда появилось неадекватное поведен, слуховые галлюцинации. Неоднократно лечилась в Полоцкой п/больнице, ВОКПБ. Последняя госпитализация в ВОКЦ психиатрии и наркологии 21.01.2012 г. по 20.06.2012 г. После выписки лечение не принимала. Стала агрессивна, нелепа и неадекватна в поведении. Доставлена сотрудниками РОВД с улицы в Шумиленскую ЦРБ, где вела себя неадекватно, нецензурно выражалась, раздевалась, бегала по улице и приставала к прохожим. Доставлена СМП оп направлению Шумиленской ЦРБ. Госпитализирована 22.06.2012 г.

**СОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС**

Общее состояние: удовлетворительное

Сознание: ясное

Положение: активное

Питание: нормальное

Кожные покровы: обычной окраски

Кожная сыпь, пастозность, отеки: отсутствуют

Видимые слизистые: без изменений

Лимфатические узлы: не увеличены

Кости и суставы: патологических изменений при осмотре в костях черепа, позвоночника, грудной клетки, таза, длинных трубчатых костях не обнаружено.

Мышечная система: без отклонений от нормы

Щитовидная железа: не пальпируется.

Температура тела: 36,6 С

Органы дыхания: по данным осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации органов дыхательной системы патологии не найдено. Чисто дыханий 20 в минуту.

Сердечно-сосудистая система: границы относительной тупости сердца соответствуют норме. При аускультации тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс слабого наполнения, удовлетворительного напряжения. АД -120/70 мм. рт.ст. ЧСС 76 уд. мин.

Органы пищеварения: язык слегка обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненый, печень не увеличена. Перистальтика присутствует. Кожный зуд отсутствует. Стул ежедневный.

Мочеполовая система: симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, мочеиспускание свободное, безболезненное.

**НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС**

Сознание ясное. Ориентирована во всех видах достаточно. Правильно отвечает на простые вопросы. Расстройств восприятия и бредовых идей нет. Мышление конкретное, малопродуктивное. Не понимает переносный смысл пословиц и поговорок, не может считать до 10. Читает. Память и интеллект низкие. Круг интересов ограничен. Не может объяснить неправильное поведение дома. Критика к своему состоянию формальная. Судорожных припадков в течении последнего года не наблюдалось. Сон, аппетит достаточные.

Асимметрия носогубных складок. Без знаков органического по-ражения ЦНС.

**ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ И СПЕЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

Общий анализ крови (21.10.13.)

Гемоглобин 112 г/л

Эритроциты 3,9 х1012/л

ЦП 0,85

Тромбоциты 219 х109/л

Лейкоциты 7,0 х109/л

СОЭ 16 мм/ч

Эозинофилы 2%

Общий анализ мочи (21.10.13.)

Цвет бл. сол

Прозрачность прозрачная

Удельный вес 1007

рН кислая

Эпителий плоский 2 - 3 в поле зрения

Лейкоциты 1 – 2 в поле зрения

Биохимический анализ крови (21.10.13.)

Белок общ. 70 г/л

Мочевина 5,0 ммоль/л

Креатинин 83 мкмоль/л

Холестерин общ. 4,6 ммоль/л

Мочевая к - та 240 мкмоль/л

Глюкоза 4.7 ммоль/л

Щелочная фосфотаза 47 Ед/л

АсАТ 10 Е/л

АлАТ 11 Е/л

Амилаза 16 Е/л

Хлориды 102 ммоль/л

ЭКГ (18.10.13)- ритм синусовый, вертикальная ЭОС, ЧСС 80 в мин.

**ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС**

1. **Внешний вид.**

Во время беседы больная сидела на кровати. На просьбу побеседовать отреагировала положительно. На месте сидит спокойно, периодически оглядывается по сторонам. Контакт малопродуктивен, в беседе говорит по существу. Многоречива, голос громкий, речь монологом. Словарный запас достаточный. Грамматически речь построена правильно. Больная внешне опрятна, волосы подстрижены, чистые. Контакту доступна. Взгляда в глаза не избегает.

1. **Сознание и его расстройства.**

Сознание ясное. Контакту доступна. На вопросы отвечает по существу . Ориентирована в пространстве и собственной личности. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики на момент осмотра не выявлено. Суицидальных тенденций не обнаружено. Критики к болезни нет..

1. **Восприятие.**

В сфере восприятия у больной расстройств не отмечается. На вопросы: «Видите ли вы в этой комнате кого-нибудь кроме нас? Слышите ли вы голоса, звуки в голове или вне ее?», больная отвечала отрицательно. Сложных зрительных галлюцинаций, в виде несуществующих предметов, явлений, существ – нет (на белом листке бумаги, ничего не видит). Гипер- и гипестезий при обследовании не обнаружено. Жалоб на необычные ощущения во внутренних органах больная также не предъявляла.

1. **Внимание.**

Больная оценивает себя как внимательного человека. При ответах на поставленные вопросы, отвечает по существу

1. **Память.**

Больная оценивает свою память как «среднюю». События своего детства и юности помнит не полностью. Базовые знания сохранены. Псевдореминисценций и конфабуляций больная не демонстрирует.

1. **Мышление.**

Суждения, высказываемые в беседе логичны, правильно сформулированы.

Пациентка в беседе правильно использует термины, обозначающие конкретные предметы, лица, разговор не переключается только на использование этих терминов. Больная с легкостью и правильно использует абстрактные понятия и формулировки. Мысли, высказываемые ею не совсем последовательны. Больная акцентируется на каких-то незначимых обстоятельствах. Фобий выявить не удалось, сверхценных идей в разговоре больная не высказывала.

1. **Интеллект.**

Запас знаний, полученных во время обучения в школе сохранен. Больная правильно понимает и интерпретирует вопросы. Словарный запас достаточный. Предлагаемые пословицы объясняет не правильно.

1. **Эмоции.**

Свое настроение в данный момент больная оценивает как среднее. Больная подвержена колебаниям настроения, воспринимает все «слишком близко к сердцу», в конфликтных ситуациях пытается защищаться. Колебания настроения в зависимости от времени суток больная не отмечает.

Мимика у больной малоактивная, жестикуляции практически нет.

1. **Двигательно-волевая сфера.**

Во время беседы больная не ограничена в движениях. Поза больной есте-ственная. Уровень влечений в половой сфере с пациенткой не обсуждался. В разговоре с больной не получено каких-либо сведений об извращении влечений. Беседа с больной и наблюдение не дали никакой информации об изменениях двигательной сферы. Пациентка считает, что обладает достаточной силой воли для решения реальных задач. Больная считает себя настойчивым человеком в отношении тех целей, которые зависят от неё.

1. **Личность.**

При наблюдении за больной вне ситуации курации отмечено, что больная больше времени проводит в палате, не охотно общается с другими больными и мед.персоналом. Свою болезнь не отрицает. На приглашение к беседе с куратором больная неохотно соглашается. Лечение принимает.

**ОБЪЕКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ**

По словам ее сестры пациентка неоднократно уходила гулять на улицу и являлась , когда стемнеет, не слушается, пьет спиртное, гуляет с мужчинами, дома не следит за собой. Жалоб не предъявляет.

**ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА**

Учитывая данные анамнеза (По словам ее сестры пациентка неоднократно уходила гулять на улицу и являлась , когда стемнеет, не слушается, пьет спиртное, гуляет с мужчинами, дома не следит за собой. С детства отставала в умственном развитии. Ходить начала к 1г 6мес, фразовая речь с 3 лет. С детства отмечались судорожные припадки. В 2003 году лечилась в данном стационаре с диагнозом: ЛУО, обусловленная неуточненными причинами, без нарушения поведения, судорожный синдром.), мышле-ние конкретное, малопродуктивное. Не понимает переносный смысл пословиц и пого-ворок, не может считать до 10. Читает. Память и интеллект низкие. Круг интересов ограничен. Не может объяснить неправильное поведение дома. выставлен диагноз: Легкая умственная отсталость с нарушением поведения.

**ЛЕЧЕНИЕ**

1. Режим 2А, стол Б.

2. С нормотимической целью: т. Карбамазепин 0,2\*2 раза в сутки

**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 людей нарушено активное внимание, а способность к запоминанию обычно замедлена. Словарный запас у людей с умственной отсталостью бедный, а для речи характерно неточное использование слов, неразвернутых фраз, нарушением произношения и т.д. У больных с умственной отсталостью отмечают недоразвитость высших эмоций. Для поведения характерны отсутствие мотиваций, зависимость от внешних обстоятельств, недостаточность подавления инстинктивных влечений, неспособность прогнозировать последствия своих поступков.

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

При педагогической запущенности и выраженной астенизации, 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, 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.

 Для атипичного аутизма характерно отсутствие хотя бы одного из трех диагностических признаков аутизма:

1. достаточно отчётливые нарушения социального взаимодействия,

2. ограниченное, стереотипное, повторяющееся поведение,

3. 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 людей с глубокой умственной отсталостью, а также встречается у больных 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.

**ДНЕВНИКИ**

01.11.13. Общее состояние удовлетворительное. Ориентирована достаточно. Жалоб нет. Сознание ясное. Достаточно вступает в контакт. Тон ближе к ровному. Психотической симптоматики нет. Сон, аппетит в норме

 Объективно: Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыханий 17 в минуту. Сердечные тоны ритмичны, приглушены. АД 105/70 мм.рт.ст., ЧСС 70 ударов в минуту. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Стул 1 раз в день, оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

**ЭПИКРИЗ**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 1985 года рождения поступила в 6 отделение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по скорой медицинской помощи в связи ухудшением состояния. По словам сестры пациентка неоднократно уходила гулять на улицу и являлась , когда стемнеет, не слушается, пьет спиртное, гуляет с мужчинами, дома не следит за собой.

Анамнез жизни: С детства отставала в умственном развитии. Ходить начала к 1г 6мес, фразовая речь с 3 лет. В школу пошла с 7 лет, окончила 9 классов вспомогательной школы. Не работала Явлется инвалидом 2 группы. Мать умерла в 2011г. Сестра является опекуном. Проживает с сестрой

Наследственность психопатологически отягощена: отец злоупотребляет алкоголем.

История заболевания: С детства отмечались судорожные припадки. В 2003 году лечилась в данном стационаре с диагнозом: ЛУО, обусловленная неуточненными причинами, без нарушения поведения, судорожный синдром.

По информации органов опеки: отец часто закрывается с пациенткой в одной комнате. Родственники неоднократно замечали, что больная находилась с отцом в одной постели. Неоднократно находилась на стац. лечении в данном стационаре. Последняя госпитализация в 6 отд., с 13.04.13 по 14.06.13г.

Психический статус: Сознание ясное. Ориентирована во всех видах достаточно. Правильно отвечает на простые вопросы. Расстройств восприятия и бредовых идей нет. Мышление конкретное, малопродуктивное. Не понимает переносный смысл пословиц и поговорок, не может считать до 10. Читает. Память и интеллект низкие. Круг интересов ограничен. Не может объяснить неправильное поведение дома. Критика к своему состоянию формальная. Судорожных припадков в течении последнего года не наблюдалось. Сон, аппетит достаточные.

Неврологический статус: асимметрия носогубных складок. Без знаков органического поражения ЦНС.

Соматический статус: Общее состояние удовлетворительное. Повышенного питания. Опорно-двигательная система без патологии. Кожа и видимые слизистые чистые обычной окраски. В области правого глаза и предплечья кровоподтеки. Л/узлы, щитовидная железа, молочные железы без изменений. В легких дыхание везикулярное. Хрипов нет. ЧД 16. Сердечные тоны ритмичные, приглушены. Пульс 80. АД 120/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, б/б при пальпации. С-м поколачивания с обеих сторон отриц. Печень, почки, селезенка не пальпируются

*Учитывая данные анамнеза выставлен* ***диагноз****: Легкая умственная отсталость с нарушением поведения.*

Проводиться лечение:

1. Режим 2А, стол Б.

2. С нормотимической целью: т. Карбамазепин 0,2\*2 раза в сутки