

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ
Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО
Заведующий кафедрой - д.м.н., доцент Березовская М.А.

Реферат

На тему: Умственная отсталость.

Выполнила: ординатор 2 года обучения
специальности «Психиатрия» Артюхова А.Ю.
Проверила: д.м.н., доцент Березовская М.А.

Красноярск, 2021

Оглавление

1. Введение, актуальность.....	3
2. Определение.....	3
3. Эпидемиология.....	3
4. Классификация.....	4
5. Диагностика.....	4
6. Диагн.критерии по МКБ-10.....	4
7.Лёгкая УО.....	4
8. Умеренная УО.....	5
9. Тяжёлая УО.....	5
10. Глубокая УО.....	6
11. Другие диагностич. рубрики УО.....	6
12. Диф.диагностика УО.....	6
13. Лечение.....	9
14. Примерные сроки нетрудоспособности.....	11
15. Дальнейшее ведение.....	11
16. Профилактика.....	11
17. Прогноз.....	12
18. Заключение.....	12
19. Список литературы.....	13

Введение.

Умственная отсталость (mental retardaion), или олигофрения (от греч. oligos – малый, phren – ум), представляет собой врожденное или рано приобретенное (до 3 лет) слабоумие, которое выражается в недоразвитии психики. В современной психиатрии рассматриваются вопросы врожденного слабоумия (олигофрения, умственная отсталость) как непрогрессирующей аномалии развития головного мозга, проявляющейся в сниженной (в разной степени) способности к познавательной деятельности и абстрактному мышлению. У таких лиц нарушены все стороны психической деятельности (восприятие, мышление, память, речь, эмоции, критика, воля и др.), но главным образом – познавательные способности и мыслительная деятельность. Ведущий признак – общее недоразвитие всех сложных форм психической деятельности. При этом патологическом состоянии – врожденном или приобретенном в возрасте до 3-х лет – страдают интеллект, мышление, восприятие, память, внимание, речь, двигательная и эмоционально-волевая сферы. Актуальность проблемы умственной отсталости обусловлена неясностью во многих случаях ее причин, разнообразием клинических проявлений, частотой встречаемости. Социально-правовая значимость этой группы больных определяется малой эффективностью лечебно-реабилитационных мероприятий, существенным социально-экономическим бременем для общества. Умственная отсталость от собственно психических заболеваний отличается отсутствием прогрессивности, т.е. характерного для большинства других психических расстройств прогрессирующего нарастания тяжести болезненной симптоматики.

Актуальность

Проблема умственной отсталости в настоящее время приобретает все большую актуальность. Это связано, прежде всего, с гуманизацией общества, изменением психолого-педагогических парадигм, а также последними достижениями медико-биологических наук, которые способствуют все более тонкой клинической дифференциации различных форм умственной отсталости у детей. Включение всех детей в систему образования требует и обеспечения педагогического процесса данной категории учащихся соответствующей методической поддержкой, практико-ориентированной информации, подобранной на основе потребностного подхода.

Определение.

Умственная отсталость – группа различных наследственных, врожденных или рано приобретенных состояний общего психического недоразвития. Согласно МКБ-10, умственная отсталость – это состояние задержанного или неполного развития психики, которое в первую очередь характеризуется нарушением способностей, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих общий уровень интеллектуальности, то есть когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей. Для кодировки диагноза умственной отсталости в МКБ-10 предложено использование раздела F7 (F70 – 79) с уточняющими после точки цифрами в зависимости от этиологии, а также наличием или отсутствием сопутствующих значительных нарушений поведения. Синонимами умственной отсталости являются такие понятия как «общее психическое недоразвитие», «психическое недоразвитие», «олигофрения». По мнению некоторых современных авторов, понятие «умственная отсталость» более широкое, чем часто использовавшийся ранее термин «олигофрения». Под олигофренией обычно понимают дефект, ограниченный в первую очередь сферой интеллекта. Термин «умственная отсталость» стал все более общепринятым в мировой психиатрии в течение последних двух десятилетий, постепенно заменив термин «олигофрения». На наш взгляд, традиционный в том числе и для нашей страны термин «олигофрения» все-таки не должен быть утрачен и вполне может использоваться, когда речь не идет, например, о пограничной умственной отсталости или о деменции. Шифры умственной отсталости по МКБ-10: F 70-79.

Эпидемиология.

По данным Всемирной организации здравоохранения, а также ряда отечественных и зарубежных авторов, показатели распространенности умственной отсталости в популяции колеблются в пределах от 1 до 3 % населения. В регионах, где имеет место воздействие экопатогенных факторов, а также наблюдаются изолированные социальные группы, распространенность данной патологии может достигать 7 %. Среди лиц мужского пола умственная отсталость встречается примерно в 1,5 раза чаще, чем среди женщин. Подобное соотношение наиболее заметно при легкой степени психического недоразвития, 4 а при выраженных степенях интеллектуальной недостаточности, как правило, количественной разницы между мальчиками и девочками не наблюдается.

Классификация.

В большинстве классификаций в качестве основного критерия группировки умственной отсталости используется степень глубины интеллектуального дефекта. В МКБ-10 выделяется умственная отсталость легкой степени (F70), умеренная (F71), тяжелая (F72) и глубокая (F73). Выделяются также разделы F78 (другая умственная отсталость) и F79 (неуточненная умственная отсталость). В настоящее время при постановке официального диагноза и при принятии решения о типе (форме) обучения ребенка, о предоставлении ему инвалидности и решении многих других вопросов рекомендовано использование этой классификации

Диагностика умственной отсталости

При диагностике умственной отсталости нельзя ограничиваться только установлением факта общего психического недоразвития ребенка, поэтому целью становится формулирование исчерпывающего диагноза, отражающего в первую очередь:

1. оценку выраженности интеллектуального дефекта и его особенностей;
2. клиническую и психологическую характеристику структуры дефекта;
3. наличие коморбидных нарушений;
4. этиологические факторы;
5. степень адаптации к среде;
6. социально-психологические факторы, участвующие в формировании клиники заболевания и его социальной адаптации (абилитации, по Д.Н. Исаеву).

При проведении диагностики умственной отсталости целесообразными являются следующие исследования:

1. изучение семейного анамнеза и пренатального развития, течения родов, периода новорожденности и последующего развития;
2. клиническое обследование больного;
3. генетические исследования;
4. пренатальные диагностические процедуры (амниоцентез, УЗИ и др.);
5. параклинические исследования;
6. использование психологических и педагогических методик.

Клинические критерии по МКБ-10.

Умственная отсталость легкой степени (дебильность, раздел F70).

Для легкой умственной отсталости характерна в целом относительно хорошая механическая память. В ряде случаев эти

дети способны приобрести значительный запас сведений и элементарные навыки чтения, письма и счета. Иногда хорошая механическая память и относительно богатая по запасу слов речь могут маскировать слабость мыслительной деятельности и неспособность к обобщению абстрактных понятий. Эти больные не проявляют самостоятельности и инициативы в работе (учебе), основную трудность составляет переход к мыслительным задачам, решение которых требует замены привычного способа деятельности новым и еще неизвестным.

Эмоциональная и волевая стороны личности при дебильности достаточно разнообразны, однако общими чертами являются недостаточная способность к самообладанию и подавлению влечений, импульсивность на фоне повышенной внушаемости и склонности к подражательству. При правильном воспитании и обучении, осуществлении психолого-педагогической коррекции с привитием больным трудовых навыков они могут овладевать целым рядом неквалифицированных профессий, прежде всего, ручного труда, проявляют хорошую бытовую приспособленность к жизни. Таким образом, эти больные в большинстве своем обучаемы (вспомогательная программа школы) и в дальнейшем могут жить самостоятельно. Оптимальным возрастным диапазоном для окончательной диагностики дебильности является возраст от 6 до 8 лет. Согласно МКБ-10, при клинико-психологическом обследовании с использованием надлежащих стандартизованных тестов больных с легкой умственной отсталостью коэффициент умственного развития (IQ) ориентировочно составляет от 50 до 69. Однако в Российской Федерации при использовании адаптированного для нашей страны детского варианта методики Векслера стандарты завышены на 10 ед. Таким образом, показатели IQ детей, например, с легкой умственной отсталостью, полученные при использовании данной методики, должны колебаться в пределах от 60 до 79. Важно отметить, что в любом случае диагностика умственной отсталости осуществляется в первую очередь психиатром с учетом клинических данных, а уровень коэффициента умственного развития, полученный с помощью любой из стандартизованных методик, не должен рассматриваться в отрыве от клинической картины заболевания и становиться доминирующим критерием диагностики умственной отсталости.

Умственная отсталость умеренная (легкая имбецильность, раздел F71).

Эти дети способны накопить некоторый запас сведений, механическая память у многих из них достаточно развита. Такие больные овладевают также и речью, хотя запас слов у них невелик, речь аграмматична, а понимание и использование речи ограничено. При легкой имбецильности сознание своего «Я» более или менее развито. Многие из больных эгоцентричны, требуют к себе повышенного внимания, проявляют радость при положительной оценке их действий и обиду, когда их ругают. При беседе с этими больными можно заметить, что на вопросы, требующие напряжения, они отвечают «не могу», «не знаю», «не хочу». Специальные образовательные программы могут дать возможность детям с умеренной умственной отсталостью определенные возможности для приобретения ряда основных навыков и умений, однако объем усваиваемого материала крайне низок. При достаточном моторном развитии пациенты с умеренной умственной отсталостью могут овладевать простыми видами труда, но их работа носит механический характер, они не в состоянии изменить свою деятельность согласно изменившейся обстановке. К самостоятельной жизни эти больные, как правило, не приспособлены и нуждаются в постоянной опеке и в уходе за ними. Оптимальным возрастным диапазоном для окончательной диагностики легкой имбецильности является возраст от 3 до 5 лет. По МКБ-10, при психологическом обследовании с использованием стандартизованных тестов больных с умеренной умственной отсталостью коэффициент их умственного развития ориентировочно составляет 35 – 49. Как указывалось выше, при использовании адаптированного для исполь-

зования в Российской Федерации детского варианта методики Векслера показатели IQ завышаются на 10 ед., то есть колеблются у этих пациентов в диапазоне от 45 до 59.

Умственная отсталость тяжелая (выраженная имбецильность, раздел F72).
Клиническая картина тяжелой умственной отсталости сходна, прежде всего, с симптоматологией легкой имбецильности. Отмечается низкий уровень социального функционирования, что проявляется в практически полной невозможности усвоить элементарные школьные знания, бытовые умения и навыки. Обычно эти дети выводятся из системы обучения, в дальнейшем на протяжении всей жизни нуждаются в опеке и постоянном уходе за ними. В отличие от пациентов с умеренной умственной отсталостью, у этих больных наблюдаются выраженные расстройства моторной сферы, что также затрудняет даже их простую социальную адаптацию. Оптимальным возрастным диапазоном для окончательной диагностики легкой имбецильности является возраст от 3 до 5 лет. Согласно МКБ-10, коэффициент умственного развития пациентов с тяжелой умственной отсталостью колеблется в пределах от 20 до 34. При использовании адаптированного для использования в Российской Федерации детского варианта методики Векслера показатели IQ у этих пациентов соответствуют диапазону 30 – 44 ед.

Умственная отсталость глубокая (идиотия, раздел F73).
Для детей, страдающих олигофренией в степени идиотии, характерным является резкое снижение реакции на окружающее. Больные либо совершенно не реагируют на все происходящее вокруг, либо дают неадекватные реакции, откликаясь на любой раздражитель, ни на одном из них не задерживаясь. Членораздельная речь отсутствует, в обращенной к ним речи больные воспринимают интонацию, но не понимают смысла. Предоставленные самим себе, многие из них остаются неподвижными, другие находятся в бесцельном постоянном движении, ползают, хватают предметы, могут быть агрессивны или же отмечается аутоагрессия. Состояния двигательного возбуждения возникают периодически и часто без всяких видимых причин. Проявления удовольствия или неудовольствия примитивны. Соматическое благополучие, ощущение сытости приводят к благодушию и спокойствию, а чувство голода или иные неприятные ощущения выражаются в криках с выражением неудовольствия, в ажитации или других сходных проявлениях. В ответ на неизвестное может наблюдаться страх, плач. Часто отмечаются извращенные или измененные влечения: булимия или же извращения пищевого влечения, гиперсексуальность, например, сопровождающаяся упорной мастурбацией, и др. С глубоким недоразвитием всей психической деятельности коррелируют и различные, в том числе грубые, дефекты физического развития: диспластичность, деформации черепа, пороки и аномалии развития. Нередко наблюдаются и неврологические симптомы, в том числе парезы и параличи. Оптимальным возрастом для диагностики идиотии, особенно с точки зрения прогноза и социальных последствий заболевания, являются первые месяцы (первый год) жизни. В любом случае глубокая умственная отсталость должна диагностироваться до 3 лет. По МКБ-10, коэффициент умственного развития пациентов с глубокой умственной отсталостью составляет менее 20 (менее 30 при использовании детского варианта методики Векслера, адаптированного для Российской Федерации).

Другие диагностические рубрики умственной отсталости (F78, F79).

Категория F78 – другая умственная отсталость – рекомендована к использованию только в тех случаях, когда оценка уровня интеллектуального развития крайне затруднена или невозможна в связи с сопутствующими сенсорными или соматическими нарушениями (слепота, глухонмота и др.). Категория F79 – неуточненная умственная отсталость – используется только при отсутствии достаточной информации о больном, что не позволяет отнести его к какой-либо другой диагностической рубрике.

Дифференциальная диагностика

Отграничение от детской шизофрении. Чаще всего проведение дифференциальной диагностики необходимо при отграничении умственной отсталости и ранней детской шизофрении со сформировавшимся олигофреноподобным дефектом. Одним из критериев, позволяющих исключить умственную отсталость, служат анамнестические сведения. В анамнезе детей, страдающих шизофренией, отмечается, что в первые годы жизни их интеллектуальное развитие не отклоняется от нормы, а иногда бывает ускоренным. Фразовая речь появляется у них рано, характерен богатый запас слов, они задают много вопросов, обнаруживая особый интерес к отвлеченным и не свойственным данному возрасту темам разговора. Дефекты речи при умственной отсталости связаны в основном с общим психическим недоразвитием. У больных шизофренией расстройства речи возникают в связи со структурными нарушениями мышления, оторванностью от реальности или кататонической симптоматикой. Часто ребенок не говорит при потенциально сохранный речи, так как у него отсутствует потребность в общении с окружающими, но во время аффективного возбуждения может произнести целую фразу. Особенности аутистического мышления больных шизофренией отражаются в патологическом фантазировании, в не свойственной данному возрасту направленности интересов. Наиболее важным критерием, свидетельствующим в пользу шизофрении, является постепенная прогрессирующая утрата яркости эмоций и непосредственности переживаний, потеря ранее имевшегося интереса к окружающему миру, а также нарастание бездеятельности и других проявлений гипобулии. Больные с умственной отсталостью не способны выполнить задание в обобщенном плане. При определении понятий, классификации предметов, исключении лишнего они отмечают конкретные и сугубо частные признаки. Дети с шизофренией, наоборот, стремятся решить задачу в общем плане, не учитывают конкретных свойств предметов, имеют, как правило, особую склонность к обобщениям. Уровень суждений у пациента с шизофренией достаточно динамичен: при правильном ответе на сложный вопрос ребенок может дать нелепый и неправильный ответ на заведомо легкое задание. В пользу умственной отсталости свидетельствует также и наличие неврологической симптоматики, быстрая истощаемость, сопровождающаяся и повышенной отвлекаемостью внимания. В некоторых случаях больные шизофренией также легко истощаются, но у целого ряда этих детей на высоте астении появляются особенно заметные структурные расстройства мышления, чего не встречается при умственной отсталости.

Отграничение от органической деменции.

Причинами органической (неэпилептической) деменции у детей могут быть черепно-мозговые травмы, нейроинфекции, нейроинтоксикации, опухоли головного мозга и некоторые другие органические вредности. При деменции постепенно утрачиваются ранее приобретенные навыки, появляются нарушения речи. Дети дошкольного возраста теряют способность обслуживать себя, школьники не могут читать, писать, считать или делают это с грубыми ошибками. У больных с деменцией появляются различные виды амнезий, в том числе фиксационная амнезия, изредка появляются и парамнезии. Для детей с деменцией характерна диссоциация между степенью интеллектуального дефекта и расстройствами деятельности: поведение уже неадекватно ситуации даже при отсутствии резкого снижения интеллекта, а способность действовать соответственно обстановке при деменции страдает гораздо в большей степени, чем при умственной отсталости. В целом ребенок с деменцией практически теряет способность учиться, адекватно общаться со сверстниками, в большинстве случаев отмечается отрицательная динамика заболевания, особенно заметная по контрасту с тем, что пациент имел до начала болезни. Следует также заметить, что деменция не является, в отличие от умственной отсталости, дизонтогенетическим заболеванием, поэтому не приходится наблюдать у таких детей многочисленных

стигм дизонтогенеза (диспластичности), аномалий и пороков развития органов и систем. При сборе анамнеза обращает на себя внимание тот факт, что ребенок с умственной отсталостью сразу отстает в развитии, тогда как пациент с деменцией в большинстве случаев имеет период нормального развития, а интеллектуальное снижение появляется лишь с началом ослабляющего процесса (собственно деменции) и постепенно нарастает.

Отграничение от задержек психического (психоречевого) развития.

К задержкам темпа психического развития относят состояния легкой интеллектуальной недостаточности, занимающие промежуточное положение между дебильностью и интеллектуальной нормой. Дефиниция «задержка психического развития» (ЗПР) появилась в качестве «функционального» диагноза в тех случаях, когда предполагается компенсация имеющегося интеллектуального несоответствия возрасту в процессе онтогенетического развития, то есть достижения уровня низкой возрастной нормы или несколько выше. Если этого не происходит, то к 13-14 годам выставляется диагноз пограничной умственной отсталости или же легкой дебильности. В психиатрии детского возраста вопросы отграничения задержки психического развития от умственной отсталости являются чрезвычайно важными и их решение в ту или иную сторону часто определяет всю дальнейшую судьбу ребенка. Этиология задержек темпа психического развития неоднородна. Имеются врожденные состояния легкой интеллектуальной недостаточности (субдебильность) и группа расстройств, появляющихся в постнатальном периоде вследствие воздействия экзогенных вредностей - вторичные задержки развития, которые обусловлены ранним органическим поражением головного мозга, дефектами анализаторов и органов чувств, а также психогенными факторами. Психогенные задержки психического развития связаны, прежде всего, с эмоциональной депривацией вследствие, например, госпитализма или пребывания в сиротском учреждении без должного ухода и воспитания, а также с педагогической запущенностью (микросоциальнопедагогической запущенностью) в семье и школе.

Для большинства пограничных с олигофренией задержек развития типичны следующие клинические признаки, которые в ряде случаев помогают проведению дифференциальной диагностики:

1. запаздывание развития основных психофизиологических функций (локомоторных, речи, навыков опрятности и др.);
2. эмоциональная незрелость, примитивность интересов, слабость побуждений и самоконтроля;
3. неравномерность развития, парциальность поражения отдельных сторон психической деятельности;
4. временный характер большинства состояний задержек психического развития.

Можно выделить некоторые основные клинические критерии, позволяющие отграничить задержку темпа психического развития от умственной отсталости:

1. дети с ЗПР отличаются гораздо более выраженными живостью психики и интересом к окружающему и большей, чем при умственной отсталости, жаждой новых впечатлений;
2. уровень логических процессов у детей с ЗПР относительно выше, чем при умственной отсталости. Они лучше улавливают идею прочитанного или услышанного, лучше выделяют существенные признаки отдельных предметов;
3. пациенты с задержками темпа психического развития отличаются гораздо большей фантазией, живым воображением, проявляют большую инициативность и самостоятельность в игровой деятельности;
4. при ЗПР отмечается хорошее умение использовать помощь педагога во время выполнения заданий; такие дети в отличие от больных с олигофренией быстро и точно улавливают смысл подсказки учителя или сверстников, могут быстро перестроиться во время ответа и при выполнении

школьного задания;

5. для детей с ЗПР характерны в гораздо большей степени стремление к похвале, желание показать себя с лучшей стороны, а их эмоции более яркие и оказывают значительное влияние на интеллектуальную деятельность при выполнении заданий;

6. диспластичность и другие проявления дизонтогенеза (включая аномалии и пороки развития) у детей с ЗПР или отсутствуют, или выражены в гораздо меньшей степени, чем при умственной отсталости.

Клиническая диагностика в этом случае обязательно дополняется как результатами психологических исследований, так и педагогической характеристикой ребенка.

Лечение умственной отсталости.

Цели лечения.

Основными целями терапии умственной отсталости являются:

- воздействие на этиологические факторы заболевания, когда это возможно;
- воздействие на патогенетические механизмы развития заболевания;
- активация существующих у больного компенсаторных механизмов;
- устранение сопутствующих психических и соматоневрологических нарушений.

Показания к госпитализации.

Показаниями к госпитализации в психиатрический стационар или дневной стационар умственно отсталого пациента являются, прежде всего, грубые расстройства поведения, а также различные сопутствующие нарушения – психозы, выраженная неврозоподобная или невротическая симптоматика, депрессии, учащение эпилептиформных приступов и др. В любом случае вопрос о госпитализации больного решается положительно лишь в том случае, когда нет возможности оказать необходимую помощь амбулаторно или в том учреждении, в котором находится пациент. В некоторых случаях госпитализация может быть осуществлена с целью проведения экспертизы. У детей с умственной отсталостью в этом случае обычно речь идет о проведении комплексного медико-психолого-педагогического обследования, когда именно стационарная экспертиза позволяет осуществить дифференциальную диагностику, например, между олигофренией и задержкой темпа психического развития или другим расстройством, требующем отграничения от умственной отсталости. Пребывание в стационаре не должно превышать в большинстве случаев 1-2 месяцев. Недопустимым является направление ребенка в стационар, например, в качестве «наказания» за мелкие шалости и провинности в специализированном учреждении – месте постоянного пребывания больного, а также «профилактическая госпитализация» на летний период с целью избежать возможных нарушений режима в период организованного летнего отдыха других детей с умственной отсталостью.

Медикаментозное лечение

При возможности повлиять на этиологические факторы умственной отсталости проводят этиологическое лечение заболевания. Например, при врожденном гипотиреозе раннее начало (в первые месяцы жизни) заместительной терапии тиреоидными гормонами способствует предотвращению психического недоразвития. Своевременно начатая диетотерапия вполне эффективна при многих синдромах, связанных с ферментным наследственным блоком. Так, у больных фенилкетонурией удаётся предотвратить развитие умственной отсталости в случае применения диеты, бедной фенилаланином (ограничение натурального

белка с заменой его на гидролизат казеина), у детей с гомоцистинурией необходимо исключение продуктов, содержащих метионин, при галактоземии и фруктозурии из пищи необходимо исключить соответствующие углеводы. Несомненно, этиологическое лечение умственной отсталости эффективно лишь в случае, когда ещё не произошло необратимого поражения головного мозга больного в результате воздействия того или иного этиологического фактора.

В большинстве случаев умственной отсталости проводят патогенетическое лечение. Одно из ведущих мест в терапии занимает использование ноотропных средств. Применение ноотропов у многих больных умственной отсталостью позволяет добиться улучшения памяти, внимания, ускорить процесс восприятия нового материала. Ноотропные средства рекомендуют использовать в средних или высоких возрастных дозировках с учётом индивидуальной переносимости. Применяют такие препараты, как пирацетам, гопантеновая кислота, аминоксенолмасляная кислота, пиритинол, никотиноил гамма-аминомасляная кислота, деанола ацеглумат (особенно при явлениях астении) и др. По клиническому эффекту к ноотропам близок холина альфосцерат, инстенон и мемантин. Эти препараты применяют в последние годы и при терапии умственной отсталости. Достаточно широко используют также пептидные ноотропы: церебролизин и полипептиды коры головного мозга скота. Для улучшения мозгового кровообращения в комплексном лечении умственной отсталости используют сосудорасширяющие препараты: винпоцетин, циннаризин и др. В некоторых случаях рекомендуют применение комплексных лекарственных средств, содержащих ноотропный и сосудорасширяющий препарат (пирацетам+циннаризин). Дегидратирующую терапию, в первую очередь — диуретиками, проводят при выявленной внутричерепной гипертензии. При признаках органического (резидуально-органического) поражения головного мозга проводят рассасывающую терапию. В ряде случаев в качестве патогенетической терапии умственной отсталости рекомендуют использование аминокислот. Наибольшее распространение в нашей стране получили глутаминовая кислота, Л-ДОФА (левовращающий изомер дезоксифенилаланина), аминокислотные комплексы, однако следует учитывать такие побочные действия аминокислот, как возможность провокации судорожных приступов, диспептические расстройства, психомоторное возбуждение. Обязательно и использование витаминотерапии, особенно витаминов группы В, улучшающих метаболические процессы в ЦНС. В случае некоторых дифференцированных форм умственной отсталости требуется присоединение к традиционной комплексной терапии различных препаратов. Например, детям с синдромом Мартина-Белла (рецессивная, сцепленная с полом олигофрения с феноменом ломкости X-хромосомы) рекомендуют использование больших доз фолатов (20–30 мг/сут), что позволяет добиться редукции двигательных нарушений и аутистического поведения у части пациентов.

Симптоматическое лечение больных с умственной отсталостью проводят в случае, когда сопутствующие психопатологические синдромы препятствуют оптимальной адаптации пациента, утяжеляют его состояние (например, эпилептиформные приступы, психозы, выраженные нарушения поведения, аффективные расстройства). С этой целью, прежде всего, используют антидепрессанты, в том числе амитриптилин, флувоксамин, клонипрами и некоторые другие; малые транквилизаторы: феназепам, диазепам, тофизопам, гидроксизин и др.; антипсихотики, в том числе: рисперидон, галоперидол, хлорпромазин; противосудорожные средства: вальпроаты, карбамазепины, окскарбамазепин, топирамат, леветирацетам, ламотриджин и некоторые другие.

При проведении симптоматической терапии необходимо учитывать её возможное негативное влияние на когнитивные функции ребёнка. Например, при лечении расстройств поведения у умственно отсталых лиц нежелательно длительное использование галоперидола или хлорпромазина, которые могут отрицательно повлиять на восприятие, мышление и школьную успеваемость. В этом случае целесообразнее использовать, например, перiciaзин или тиоридазин, но также с учётом их возможного отрицательного влияния на развитие познавательных функций ребёнка.

Немедикаментозное лечение. Одна из основных ролей в лечении умственной отсталости с целью максимальной социализации больных принадлежит психолого-педагогической коррекции. Проводимые мероприятия заключаются в направлении ребенка в специализированные дошкольные и школьные учреждения с возможностью образования по программе, доступной его интеллектуальному уровню, обучение трудовым и жизненным навыкам, выработка умения общаться с другими детьми и взрослыми. Важным является проведение семейной психотерапии, когда родителям разъясняются все особенности ребенка и его возможности, указываются те способности больного, которые могут быть относительно хорошо развиты, и будут способствовать его лучшей социальной адаптации. Конечно, возможности адаптации пациента в первую очередь зависят от степени выраженности интеллектуального дефекта, и, как правило, лучше всего проявляются у больных с легкой умственной отсталостью. Согласно официальным рекомендациям, комплексное психотерапевтическое лечение детей с легкой умственной отсталостью осуществляется курсами по 2 месяца с периодичностью 2-3 раза в год.

Как альтернатива при неэффективности медикаментозного лечения умственной отсталости (в первую очередь соответствующей уровню имбецильности, предлагалась нейротрансплантация (введение) стволовых клеток в организм больного. В ряде случаев, по мнению некоторых авторов, оперативное вмешательство позволяло уменьшить многие психические расстройства у этих пациентов. Катамнестические наблюдения в настоящее время не показали убедительных положительных результатов. В Российской Федерации с 2005 года использование стволовых клеток для терапии умственной отсталости запрещено.

Примерные сроки нетрудоспособности.

Умственная отсталость глубокой, тяжелой и умеренной степени выраженности требует предоставления инвалидности пожизненно. Эти больные не могут самостоятельно адаптироваться в обществе без постоянной поддержки и ухода за ними. При умственной отсталости в степени дебильности в сочетании с выраженными нарушениями слуха, зрения, речи, функций других органов и систем, сопутствующей стойкой психопатологической симптоматикой также предоставляется инвалидность. Пациенты с легкой умственной отсталостью без сопутствующих серьезных расстройств обычно оканчивают специализированную школу, в последующем хорошо справляются с простыми видами труда, способны к самостоятельному проживанию.

Дальнейшее ведение.

Пациенты с умственной отсталостью требуют постоянного, но не обязательно частого наблюдения врача-психиатра. У взрослых больных, проживающих самостоятельно или с родственниками, обычно достаточно осмотра 1-2 раза в год. У детей, посещающих специализированные учебные заведения, психиатрическое наблюдение осуществляется чаще, в основном психиатром этого учреждения и участковым психиатром.

Профилактика.

Профилактические мероприятия во многом зависят от формы (типа) умственной отсталости и проводятся, насколько это возможно, с учетом знаний этиологии и патогенеза заболевания. Прежде всего, рекомендуется профилактика наследственных, врожденных и приобретенных форм заболевания, хотя подобное деление достаточно условно. Профилактика наследственных форм умственной отсталости заключается в первую очередь в предохранении лиц детородного возраста от воздействия различных мутагенных вредностей как техногенного, так и природного происхождения. Наиболее важным является улучшение экологической обстановки, а при невозможности

этого в полной мере - исключение проживания людей в областях с повышенным радиоактивным излучением, местностях, загрязненных отходами химических предприятий и другими веществами, влияющими на половые клетки родителей. К важным профилактическим мероприятиям следует также отнести и соблюдение мер безопасности лиц, занятых на вредном химическом или ином производстве (химические реагенты, высокочастотные токи, магнитное и радиоактивное излучение и др.), разъяснительная работа среди населения о вероятных вредных последствиях неконтролируемого контакта с мутагенными вредностями, в частности избыточная инсоляция при злоупотреблении солярием. К числу профилактических мероприятий можно отнести и действия, направленные на снижение количества кровнородственных браков. Профилактика врожденной умственной отсталости состоит, прежде всего, в широком понимании термина, в охранительном режиме в период беременности, то есть профилактике внутриутробных инфекций, хронической гипоксии плода, психогений у женщины в этот период, исключения воздействия вредных химических веществ на плод, что может произойти при нахождении беременной в экологически неблагоприятных районах, при приеме ряда медицинских препаратов или злоупотреблении психоактивными веществами, излишнем использовании средств бытовой химии. Естественно, что наряду с химическими воздействиями следует учитывать и предупреждать и опасное для плода влияние радиации, токов высокой частоты и др., а также, например, несовместимость крови матери и плода. Профилактика приобретенной умственной отсталости заключается в первую очередь в предупреждении возникновения у ребенка первых лет жизни нейроинфекций, интоксикаций, соматических заболеваний, сопровождающихся нейротоксикозом и резким снижением массы тела, превенции черепно-мозговых травм.

Прогноз.

Прогноз относительно благоприятен в случае легкой умственной отсталости без сопутствующих психопатологических или выраженных соматоневрологических расстройств. Эти дети оканчивают специализированную школу, могут успешно осваивать неквалифицированные или полуквалифицированные виды профессий, вполне способны к дальнейшему самостоятельному проживанию, созданию семьи. Пациенты с умеренной умственной отсталостью могут быть приспособлены к помощи родным и близким при ведении домашнего хозяйства, простых видов труда в условиях дома или специальных мастерских, однако требуют постоянного контроля над их деятельностью, самостоятельно проживать не в состоянии. Неблагоприятен прогноз в случае тяжелой и глубокой умственной отсталости, так как эти пациенты нуждаются в ежедневной всесторонней опеке и постоянном уходе.

Заключение.

Олигофрения, или умственная отсталость — форма психического дизонтогенеза, характеризующаяся преимущественной недостаточностью интеллектуальной сферы. Может быть врожденной или возникать в ранний постнатальный период. Является достаточно распространенной патологией. Согласно статистическим данным, в развитых странах олигофренией страдает около 1% населения, при этом у 85% пациентов наблюдается легкая степень умственной отсталости, у 10% — умеренная, у 4% — тяжелая и у 1% — очень тяжелая. Некоторые специалисты считают, что олигофрения имеется примерно у 3% населения, но часть больных не попадают в поле зрения врачей из-за слабой выраженности патологии, удовлетворительной адаптации в обществе и разнородности подходов к диагностике. У мальчиков олигофрения развивается в 1,5-2 раза чаще, чем у девочек. Большинство случаев диагностируют в возрасте 6-7 лет (начало обучения в школе) и 18 лет (окончание школы, выбор специальности, служба в армии). Тяжелые степени олигофрении обычно выявляют в первые годы жизни. В остальных случаях ранняя диагностика затруднена, поскольку существующие методики оценки мышления и способностей к социальной адапта-

ции лучше подходят для достаточно «зрелой» психики. При постановке диагноза в раннем возрасте жизни речь идет, скорее, о выявлении предпосылок к диффузной задержке психического развития и определении прогноза. Лечение олигофрении осуществляют психиатры и психоневрологи в сотрудничестве с врачами других специальностей, психологами, логопедами и дефектологами.

Список литературы

- 1) Менделевич В. Д. Психиатрия : учебник / В. Д. Менделевич, Е. Г. Менделевич. — Ростов- на-Дону : Феникс, 2018
- 2) Н.Н. Иванец Ю.Г. Тюльпин М.А. Кинкулькина. Психиатрия и медицинская психология. -Москва, издательство "ГЭОТАР-Медиа", 2016.
- 3) Д.Ф. Хритинин "Лекции по психиатрии и наркологии". Издательство: БИНОМ, 2019 год
- 4) С.Ю.Циркин "Аналитическая психопатология". -Москва. Издательство: БИНОМ, 2017
- 5) И.М. Беккер "Школа молодого психиатра. Избранные главы общей психопатологии и частной психиатрии". - Москва. Издательство: БИНОМ, 2019
- 6) Нервные и психические болезни / С.М. Бортникова, Т.В. Зубахина; Под общ. ред. Б.В. Кабарухина. - Ростов- на-Дону : Феникс, 2021
- 7) Александровский Ю.А. - Психиатрия : национальное руководство 2-е изд., перераб. и доп. 2018г.
- 8) Александровский Ю.А., Незнанов Н.Г.: Психиатрия. Национальное руководство, 2020.

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра _____ психиатрии и наркологии с курсом ПО _____
(наименование кафедры)

Рецензия _____ зав. кафедрой, д.м.н. Березовской М.А. _____
(ФИО, учёная степень, должность рецензента)

на реферат ординатора А. Ю. года обучения по специальности _____ Психиатрия _____
Артюховой _____
(ФИО ординатора)

Тема реферата «Устойчивая ответственность»

основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	положительный/отрицательный
1.	Структурированность	+
2.	Актуальность	+
3.	Соответствие текста реферата его теме	+
4.	Владение терминологией	+
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6.	Логичность доказательной базы	+
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8.	Источники литературы (не старше 5 лет)	8/8
9.	Наличие общего вывода по теме	+
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	отлично

Дата: «20» декабря 2021 год

Подпись рецензента

Березовская М.А.

Подпись ординатора

А. Артюховой

Артюхова А. Ю.