

# Умственная отсталость

# Краткий исторический очерк

Изучение интеллектуального недоразвития имеет длительную историю, в которой принято выделять 4 периода.

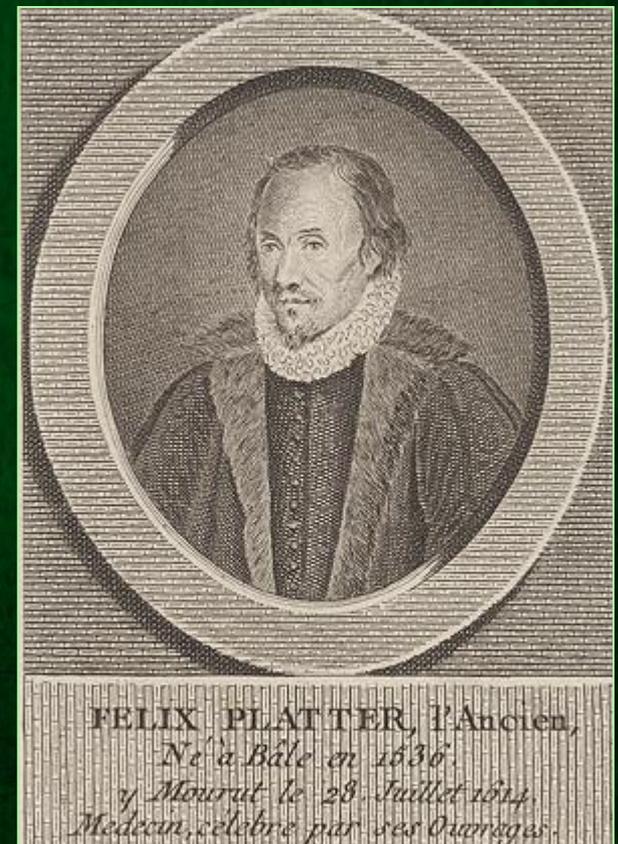


## Первый период

В начале XVII в. профессор медицины из Базеля Феликс Платтер (1537-1614) создал первую классификацию душевнобольных, применяя в качестве критериев для дифференциации характеристики нарушений интеллекта, эмоций и физического состояния.

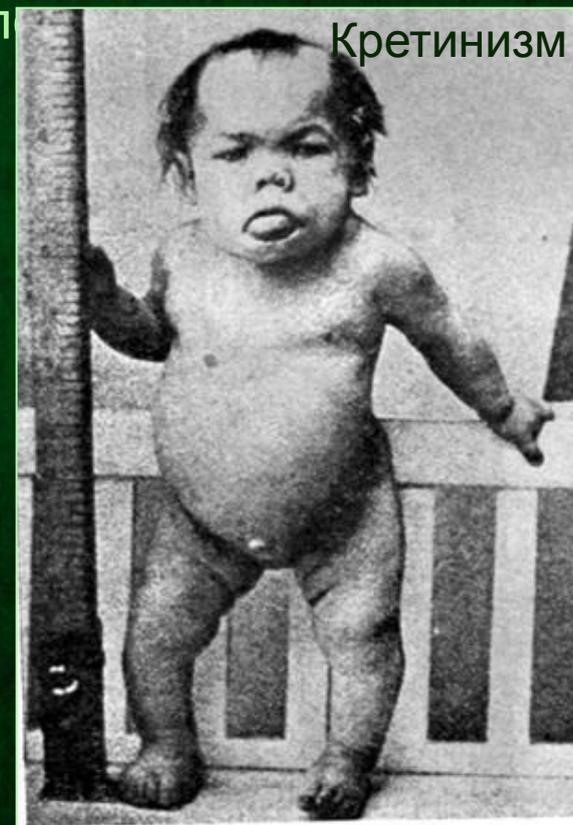
Платтер впервые в истории психиатрии дал совершенно ясное указание на эндогенное и экзогенное происхождение расстройств психики.

Он же впервые заявил о детском слабоумии «стультиции» или врожденной глупости.



Однако и в это время и позднее еще не существовало достаточно ясного представления о нарушениях психической деятельности у детей; их возможность просто отрицалась поскольку считалось, что в силу ограниченности жизненного опыта, а также элементарности и сравнительной простоты мозговых актов (что также соответствовало представлениям той эпохи) ребенок гарантирован от психического заболевания, а психическое расстройство может развиться лишь у взрослых.

В начале была известна только одна форма психического расстройства у детей позднее определенная как «кретинизм» (умственная отсталость связанная с дисфункцией щитовидной железы).



Господствующее неправильное понимание и лечение людей с умственной отсталостью начало изменяться к концу XVIII столетия.

Одним из первых описал врождённое слабоумие с выделением его разновидностей по степени глубины (**идиотия и имбецильность**) **Дюфур** (Dufour) в 1770 году.

Однако до первой половины XIX века для обозначения интеллектуальной неполноценности использовался только один термин – идиотия.

**Филипп Пинель** (1745-1826), французский врач психиатр, дал свою классификацию душевных болезней, где тупоумие и идиотию он рассмотрел как две особые формы психозов. Пинель – первый психиатр, рассмотревший идиотию как психическое заболевание с остановкой в развитии интеллектуальных и аффективных способностей. Он различил две клинические формы слабоумия – врожденную и приобретенную.

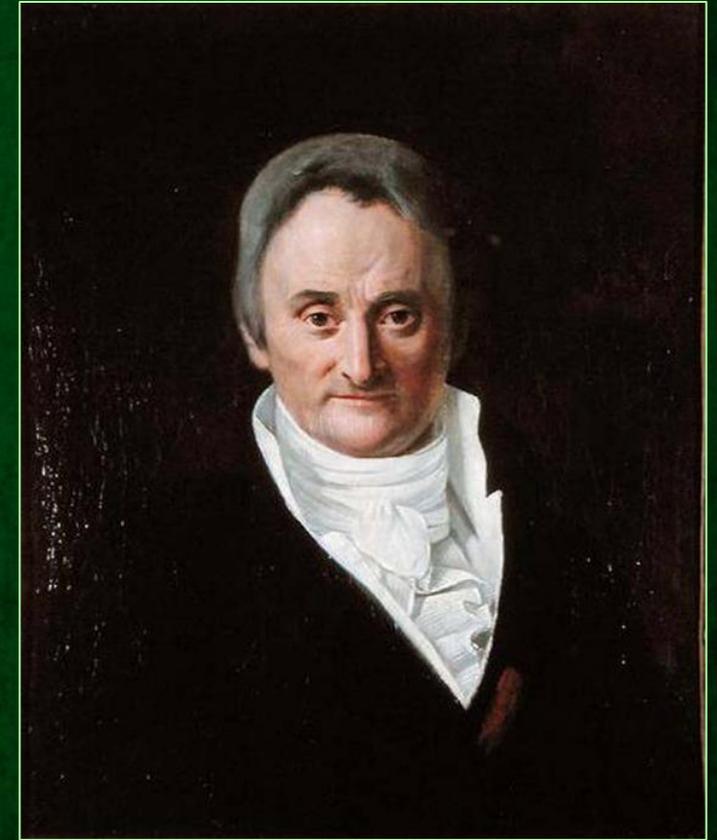
Пинель расширил понятие «идиотия»,  
выделив 4 вида идиотии:

состояние, близкое к животному  
(дикость, отсутствие всех чувств),

состояние, при котором есть  
некоторые понятия и физические  
потребности,

глупость – состояние, если имеются  
разум и речь,

имбецилизм – состояние, при котором  
у субъекта наблюдается постепенное  
ухудшение ранее имевшегося разума.



**Жан-Этьен-Доминик Эскироль (1772-1840), ученик Пинеля продолжил заниматься проблемой идиотии.**

Он впервые указал, что идиотия – это не болезнь, а состояние, характеризующееся тем, что при нем умственные способности никогда не проявлялись или же не развились в течении жизни.



По его образному выражению, олигофрен - бедняк от рождения, в то время как дементный - это разорившийся богач.

Именно работы Эскироля положили начало клиническому и психологическому изучению слабоумия.

Позднее В.Солье (1891) – предложил в основе своей классификации слабоумия – социальный признак:

Идиот – экстрасоциальный субъект, совершенно не способный принимать участие в жизни общества, не представляет для общества опасности

Имбецил – антисоциальный субъект, неполно и неправильно мыслящий. Имеет определенный уровень активности, вступая в контакт с обществом, является для него опасным и вредным

Итогом первого периода изучения врожденного слабоумия стало то, что к началу XX века сложилось преобладающее убеждение об отличии врожденного слабоумия от сумасшествия, о неблагоприятной наследственности как о его причине. Были описаны несколько форм степеней врожденного слабоумия, различающиеся по степени выраженности интеллектуального дефекта.

В этот период еще не было единообразной терминологии умственной отсталости, впервые начали описываться ее отдельные формы, представления об этиологии и патогенезе были неопределенными, клинические характеристики отражали интеллектуальную недостаточность и нарушения эмоциональной и волевой сфер. Такое целостное клиническое изучение существенно отличает исследования первого периода развития об олигофрении от работ последующего этапа (Сухарева Г. Е., 1965).

## Второй период

Развитие учения о проблеме слабоумия в XIX – XX веке.

Первое направление в понимании характера и сущности слабоумия - анатомо-физиологическое. Представители этого направления клинически исследовали слабоумие.

Они считали, что слабоумие появилось из-за влияния вредностей, нанесенных организму ребенка на разных стадиях его развития.

За рубежом это психиатры: Д. Бурневиль, Б. Морель, Э.Крепелин;

а в России - С.С.Корсаков, В. П. Сербский, А. Н. Берштейн, Г.И.Россолимо, Г.Я.Трошин и другие.

Второе направление в понимании характера и сущности слабоумия - психолого-педагогическое (А. Бинэ, Т. Симон, Санте де Санктис, Л.В.Занков, А.Р.Лурия, С.Я. Рубинштейн и другие).

Сторонники этого направления понимали слабоумие как **количественное** отставание развития ненормального ребенка от развития его нормального сверстника и занимались в основном поиском путей выявления уровня психического развития ребенка.

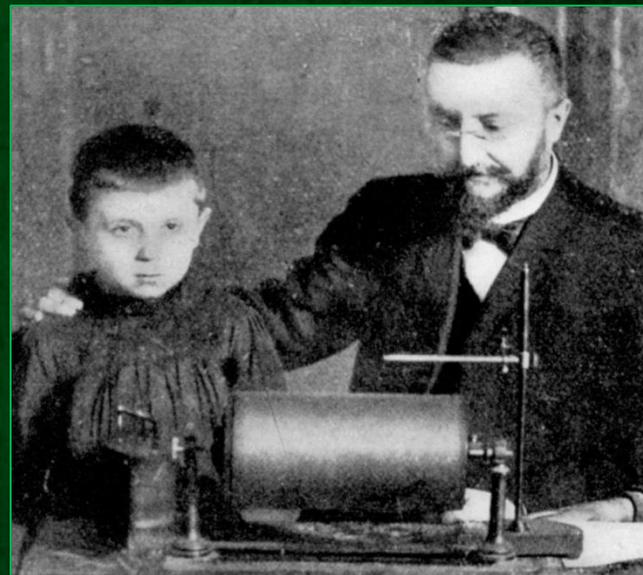
Накопленный опыт врачей и психологов, разнообразные подходы к проблеме, различная терминология потребовали определенной унификации на основе выделения одного ведущего признака умственного развития ребенка.

Эти мысли привели французского психолога **Альфреда Бинэ** (1857-1911) и врача **Тома Симона** к разработке *метода тестов и игр*. В основу тестов было положено состояние коммуникативной функции речи.

Если ребенок справлялся с заданиями, выполняемыми большинством сверстников, он считался нормальным.

В ряде случаев задания оказывались слишком легкими, либо непосильными. Это побудило ввести понятие об умственном возрасте – МА (от англ. Mental Age) в отличие от хронологического возраста – СА (Chronological Age).

Их несовпадение считалось показателем либо умственной отсталости (МА ниже СА), либо одаренности (МА выше СА).



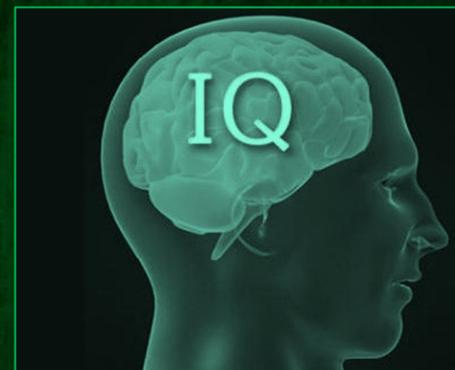
Немецкий психолог  
Вильям Штерн (1871 —1938)

в 1911г. назвал это

соотношение коэффициентом интеллекта  
(Intelligence quotient - IQ).

Данный коэффициент получается от деления  
умственного возраста на физический и  
умножения полученного результата на 100.

Позже Д.Векслер (1896-1981) разработал (1949)  
сначала шкалу оценки интеллекта для  
взрослых, а затем и для детей, в составе  
которых были как вербальные, так и  
невербальные тесты.



Помнению Г. Е. Сухаревой (1965), итогом второго периода явилось внедрение тестовых методик, которое оказалось неплодотворным для изучения олигофрении.

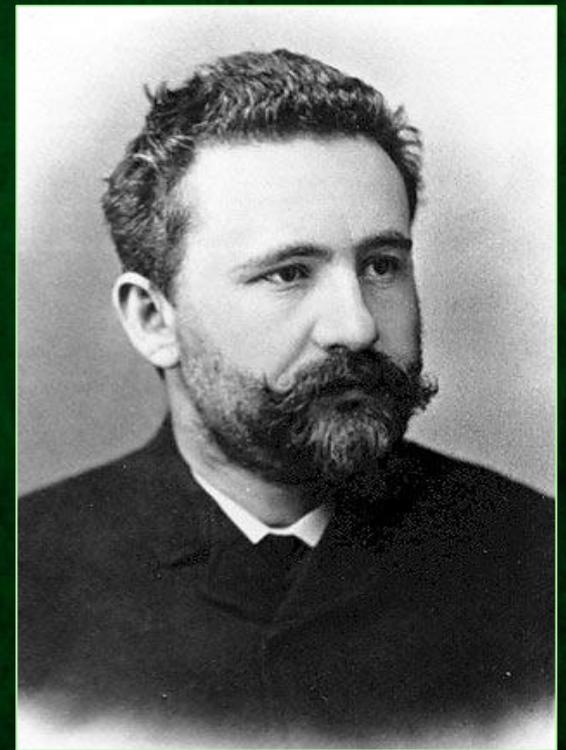
Стремясь получить оценку врожденного слабоумия только подсчитыванием «интеллектуального коэффициента интеллекта», исследователи расширяли понятие умственной недостаточности, в то время как во многих случаях невыполнение заданий по предлагавшимся тестам может быть связано с задержкой развития из-за соматической ослабленности или неблагоприятных условий жизни.

В этот период выяснилась возможность возникновения умственной отсталости под влиянием внешних причин.

## Третий период

Наибольший вклад в анатомо-физиологическое направление в учении о слабоумии начала XX века внес немецкий психиатр Эмиль Крепелин (1856-1926). Он ввел Термин «**олигофрения**» как синоним понятия «общая задержка психического развития» (Allgemeine psychische Entwicklungshemmung).

Указывая на клиническое единство олигофрении как аномалии развития не только головного мозга, но и всего организма, **Э.Крепелин** подчеркивал, что, несмотря на сходство внешних проявлений, олигофрения представляет собой «пеструю смесь» болезненных форм самого разного происхождения.



Он выделил 2 клинических варианта олигофрении и соответственно 2 типа больных:

**эретичные олигофрены** - больные с врожденным слабоумием, сопровождающимся двигательным беспокойством и раздражительностью;

**торпидные олигофрены** - больные, отличающиеся тупым безразличием, апатией и заторможенностью.

Введенный Э.Крепелином термин «олигофрения» («малоумие») был призван также отграничить обозначаемое им врожденное слабоумие от слабоумия приобретенного - деменции.

Крепелин придерживался традиционной **классификации олигофрении по степени дефекта: идиотия, имбецильность и дебильность.**

Его учение дало толчок для дальнейших исследований слабоумия как формы врожденной задержки психического развития.

В отечественной науке рассмотрение различных проявлений умственной отсталости, началось несколько позже - в начале XX в. Это стало предметом широкого изучения не только в медицине (И.П.Кащенко, Г. И. Россолимо и др.), но и в дефектологии, возникшей в 20-е гг. XX в., усилиями Л.С.Выготского. Он раскритиковал те учения о слабоумии, которые умственно отсталого характеризовали с негативной стороны.

Он считал, что в умственно отсталом ребенке нужно найти то здоровое, незатронутое.



Выготский предполагал, что дефект умственной отсталости очень сложен и не может быть констатирован путем простого перечисления симптомов. Симптом - не признак умственной отсталости, а результат развития умственно отсталого.

Он раскритиковал интеллектуалистическое направление, где на первый план выдвигалась интеллектуальная недостаточность и отрицалось ее значение и где недостатки выводятся из расстройств аффекта и воли. Выготский считает, что интеллект и аффект едины. Он по своему понимал умственную отсталость, выделяя при этом и разграничивая первичную и вторичную природу дефекта. **Первичный – материальная основа умственной отсталости (органические нарушения ЦНС), а вторичная – место умственно отсталого в социальной среде.**

## Четвертый период

Этот период изучения умственной отсталости, продолжающийся и в настоящее время, особенно плодотворен. Выявлены и описаны несколько сотен наследственных синдромов, сочетающихся с умственной отсталостью.

В связи с установлением этиологии различных форм умственной отсталости расширились терапевтические возможности. Успешно осуществляется лечение фенилкетонурии, галактоземии, умственной отсталости, вызванной токсоплазмозом, и др. Наряду с успехами генетического консультирования внедряется дородовая диагностика состояний умственной отсталости.

Увеличилось число социальных, психологических и дефектологических исследований умственно отсталых детей и подростков, значительно расширивших представления о структуре психических нарушений и их адаптивных возможностях.

Появились работы клиницистов, которые систематизировали клинические формы в соответствии с физиологическими и другими механизмами, лежащими в их основе (Озерецкий Н. И., 1958; Исаев Д. Н., 1965; Мнухин С. С., 1961; Певзнер М. С., 1959; Сухарева Г. Е., 1965; Benda С., 1960; Jervis G., 1959; Mautner H., 1959; Хебер Р., 1959; НП-liard L. Т. и Kirman В. Н., 1965; Penrose L., 1963; Tredgold A., 1956; Clarke Ann. и Clarke A., 1965; Kohler С., 1963 и др.).

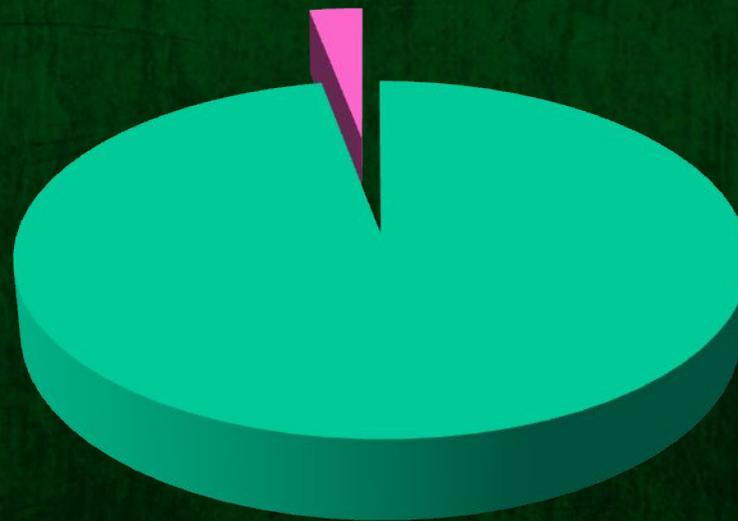
Пересмотрено представление об умственной отсталости как о неизменном интеллектуальном дефекте. Имеющиеся у умственно отсталых лиц стабильные психические нарушения постоянно изменяются, однако не исчезая полностью. Стало ясно, что существующая эволютивная положительная возрастная динамика психических нарушений может быть интенсифицирована как коррекционными педагогическими методами, так и медикаментозными средствами. Более того, доказано, что чем раньше и интенсивнее проводится стимуляция психического развития умственно отсталых детей, тем она эффективней. В то же время их социальная адаптация находится в большой зависимости от жизненных обстоятельств, приводя намного чаще, чем у здоровых лиц, к декомпенсациям и невротическим или психотическим расстройствам.

**Умственная отсталость** (психическое недоразвитие) – совокупность этиологически различных наследственных, врожденных или рано приобретенных стойких, непрогрессирующих синдромов общей психической отсталости, проявляющихся в затруднении социальной адаптации главным образом из-за преобладающего интеллектуального дефекта (Исаев Д. Н., 2003).

**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. (МКБ-10, 1992).**

# Эпидемиология умственной отсталости .

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.



■ Общая популяция ■ УО

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, а при выраженных степенях интеллектуальной недостаточности, как правило, количественной разницы между мальчиками и девочками не наблюдается.

# Распространенность степеней умственной отсталости



У 85 % пациентов с диагнозом умственная отсталость – легкая умственная отсталость (IQ от 50–55 до 70), т. е. они могут получить начальное образование и овладеть несложной профессией.

Около 10 % имеют умеренную умственную отсталость (IQ от 35–40 до 50–55), они способны приобрести несложные знания и навыки.

Около 3–4 % страдают тяжелой умственной отсталостью (IQ от 20–25 до 35–40) и около 1–2 % – глубокой умственной отсталостью (IQ ниже 20 или 25), у них не развиты предпосылки интеллекта (Kaplan H. I., Sadock B. J., 1996).

Синонимами умственной отсталости являются такие понятия как «общее психическое недоразвитие», «психическое недоразвитие», «олигофрения».

**Олигофрения (малоумие) - понятие клиническое, оно уже понятия умственной отсталости.**

Под олигофренией обычно понимают дефект, ограниченный в первую очередь сферой интеллекта.

При умственной отсталости страдают:

1. Мышление
2. Восприятие
3. Память
4. Речь
5. Внимание
6. Эмоционально-волевая сфера
7. Деятельность

# Клинические формы умственной отсталости



**Олигофрения** — форма психического недоразвития. Характеризуется недоразвитием всех нервно-психических процессов, в большей степени наблюдаются нарушения подвижности внутренних процессов в интеллектуально-речевой сфере и в меньшей степени — в сенсомоторной.

**Деменция** — стойкое ослабление познавательной деятельности, приводящее к снижению критичности, ослаблению памяти, уплощению эмоций. Носит прогрессирующий характер.

В детском возрасте деменция может возникнуть в результате органических заболеваний мозга, воспалительных заболеваний мозга, а также вследствие сотрясений и ушибов мозга.

Существующие классификации подразделяют олигофрениии на несколько групп в зависимости от основного принципа систематизации:

- этиолого-патогенетические;
- клинико-патогенетические;
- психологические;
- реабилитационные.

Ранее отечественная психиатрия придерживалась традиционной классификации олигофрении по трем степеням отсталости:

- **Дебильность** является наиболее *легкой* по степени и наиболее распространенной *формой олигофрении* (коэффициент интеллекта 50-69). При отсутствии осложняющих интеллектуальную недостаточность расстройств, а также при ранних и адекватных коррекционных мероприятиях социальный прогноз благоприятен.
- **Более тяжелой степенью олигофрении** является **имбецильность** (коэффициент интеллекта 20-49). При имбецильности грубо нарушена способность к отвлеченной деятельности и к образованию понятий.
- **Самая тяжелая степень олигофрении - идиотия** (коэффициент интеллекта менее 20) - характеризуется грубым недоразвитием всех психических функций.

# Классификация форм олигофрений по М. С. Певзнер



1. Неосложненная форма олигофрении

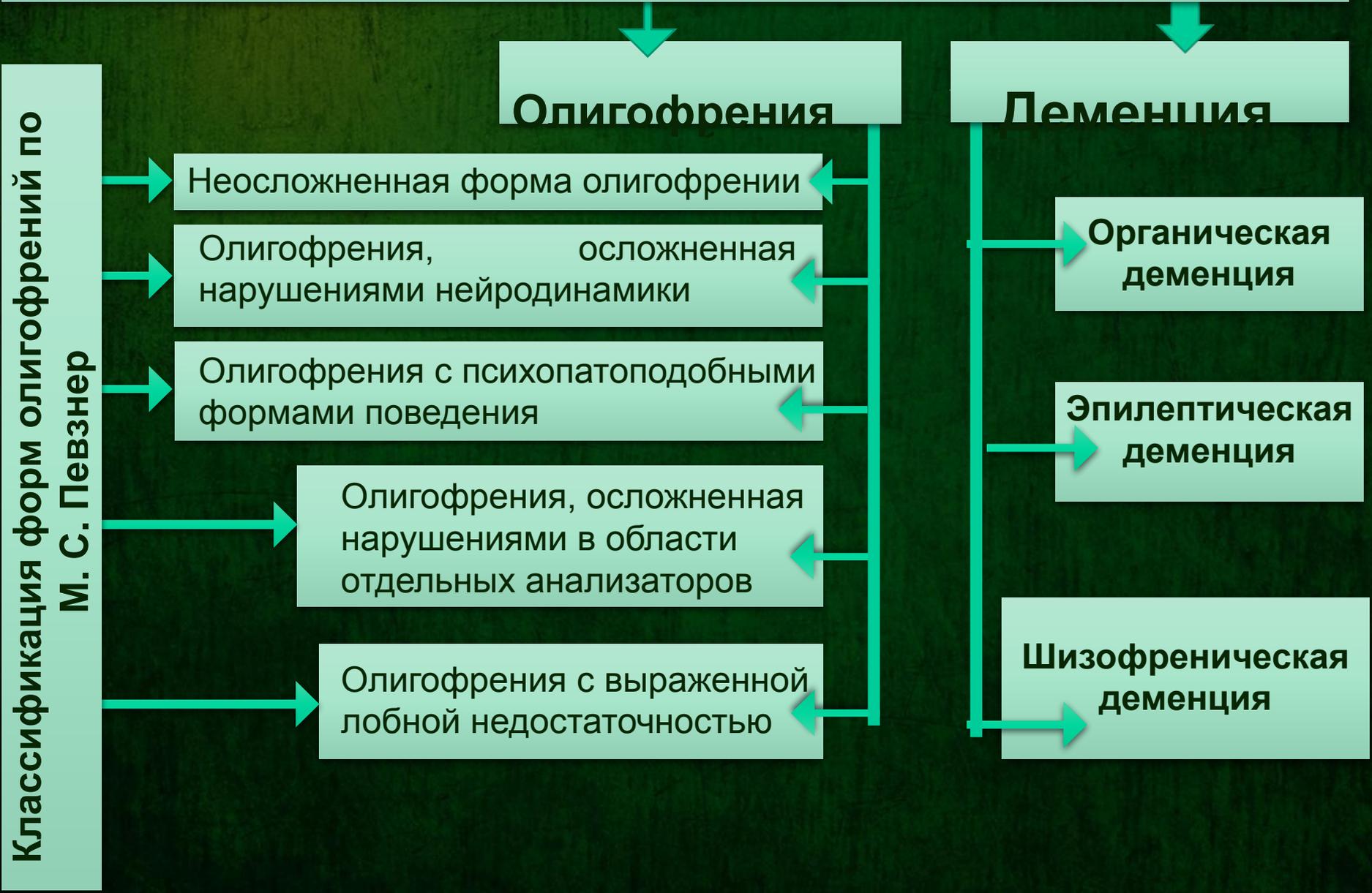
2. Олигофрения, осложненная нарушениями нейродинамических процессов

3. Олигофрения с психопатоподобными формами поведения

4. Олигофрения, сопровождающаяся нарушениями работы различных анализаторов

5. Олигофрения с выраженной лобной недостаточностью.

# Клинические формы умственной отсталости



Важным с клинической точки зрения вариантом типологии является клинико-физиологическая классификация психического недоразвития, предложенная С.С. Мнухиным и дополненная в дальнейшем Д.Н. Исаевым.

Согласно этой классификации, умственная отсталость подразделяется на четыре формы:

**1. астеническую**

**2. атоническую**

**3. стеническую**

**4. дисфорическую**

# Астеническая форма

Обнаруживается неглубокая степень психического недоразвития.

Дети отличаются несоответствием уровня одних психических процессов по отношению к другим, что приводит, как правило, к «западению» одних школьных навыков по отношению к другим. У этих больных отмечаются неустойчивое и легко истощающееся внимание, эмоциональная лабильность, выражающаяся в повышенной раздражительности, плаксивости и склонности к быстрой смене настроения.

Дети часто неусидчивы и суетливы (вплоть до расторможенности). У большинства пациентов моторика неуклюжая, неловкая, тонкая координация движений затруднена.

Недостаточен и запас пространственных представлений – дети не могут правильно обозначить такие понятия, как «сбоку», «снизу», «сверху», «справа», «слева» и т.п. При относительно неглубоком интеллектуальном дефекте у большинства больных отмечается значительное затруднение в овладении самыми простыми учебными школьными навыками.

# Астеническая форма

Выделяют пять вариантов астенической формы умственной отсталости:

1. Основной вариант. Помимо общих клинических проявлений никаких других признаков не наблюдается;
1. Брадипсихический вариант. Наряду с общими симптомами на первый план выступает замедление психических процессов, выражающееся, в первую очередь, в затруднении мышления и речи;
2. Дислалический вариант, характеризующийся выраженными расстройствами речи;
3. Диспрактический вариант. Характерными для данного варианта умственной отсталости являются выраженные нарушения тонкой моторики;
4. Дисмнестический вариант. На первый план выступают нарушения памяти, которые заметно контрастируют с остальными психическими процессами, относительно более сохранными.

## Атоническая форма.

Наряду с умственной отсталостью, заметна чрезмерная отвлекаемость, а также нарушенная способность к сосредоточению (гипопрозексия) или практически полная неспособность к нему (апрозексия).

Больные не в состоянии активно сосредоточиться на какой-либо деятельности, а объекты их внимания меняются очень быстро. Недостаточность психического напряжения (собственно «атония») проявляет себя и в низкой активности этих больных, вялости, а в ряде случаев - и в полной бездеятельности; поведение их непоследовательно и несвязно.

Характерными для этих пациентов являются повторяющиеся стереотипные простые движения или действия – крутят шнурок, рвут на полоски бумагу, открывают и закрывают кран и т.п. Тонкая моторика развита плохо. Можно отметить склонность к повторению одних и тех же слов, гримасничанье. Установление продуктивного контакта с такими детьми крайне затруднено. Этим больным свойственны уплощенность чувств, недостаточная отзывчивость, однако эмоциональные переживания близких людей часто являются для них вполне адекватным воздействием, которое может вызвать ответные чувства.

# Атоническая форма.

Выделяют три варианта атонической формы умственной отсталости:

1. Аспонтанно-апатический вариант. Отличительными признаками этих больных являются особенно заметное обеднение эмоций, снижение активности, резкое ограничение круга интересов;
2. Акатизический вариант. Для таких детей характерны повышенная суетливость, склонность к постоянному двигательному беспокойству с невозможностью усидеть на месте;
3. Мориоподобный вариант. У этих больных на первый план выступает приподнятое настроение, сочетающееся с двигательной расторможенностью, многоречивостью и дурашливым поведением.

# Стеническая форма

Больные с этой формой умственной отсталости отличаются относительной равномерностью психического недоразвития. Эти дети эмоциональны, общительны, привязаны к родителям и товарищам.

Характерным для них является плохое непосредственное запечатление наглядного и словесного материала, при этом, несмотря на меньший словарный запас, чем, например, при астенической форме умственной отсталости, такие дети и подростки гораздо лучше приспособляются в бытовой жизни.

## Стеническая форма.

Выделяют два варианта стенической формы умственной отсталости:

1. уравновешенный вариант, когда соотношение между интеллектуально-мнестической и эмоционально-волевой сферами относительно равномерно;
2. неуравновешенный вариант, когда наряду с интеллектуальным дефектом наблюдаются суебливость и эмоциональная неустойчивость.

## Дисфорическая форма.

Данная форма умственной отсталости характеризуется склонностью этих больных к аффективным вспышкам и агрессивному поведению, грубо расстроенным вниманием (вплоть до апрозексии), своеобразной «прилипчивостью» при общении. Дети с дисфорической формой умственной отсталости раздражительны, капризны, легко возбудимы по малейшему поводу. Часто аффективные вспышки возникают у них и без каких-либо видимых внешних воздействий, могут сопровождаться как агрессией, так и аутоагрессией, разрушительными действиями.

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.

# КЛАССИФИКАЦИЯ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ ПО МКБ-10

**F-70(IQ50-69) Легкая умственная отсталость**

**F-71(IQ35-49) Умеренная умственная отсталость**

**F-72(IQ20-34) Тяжелая умственная отсталость**

**F-73(IQниже 20) Глубокая умственная отсталость**

**F-78 Другие виды умственной отсталости**

**F-79 Неуточненная умственная отсталость**

К указанным обозначениям могут добавляться цифры.

**.0 – отсутствие или слабовыраженные нарушения поведения;**

**.01 – инфекция, интоксикация;**

**.02 – травма;**

**.03 – фенилкетонурия;**

**.04 – хромосомные нарушения;**

**.07 – недоношенность;**

**.09 – не уточненные причины.**

# Критерии выраженности умственной отсталости по МКБ – 10

Код МКБ-10	Умственная отсталость	Коэффициент интеллекта
F 70	Лёгкая	50-69
F 71	Умеренная	35-49
F 72	Тяжёлая	20-34
F 73	Глубокая	менее 20

## Соотношение клинических и психометрических оценок тяжести умственной отсталости (IQ)

<i><b>IQ (по тесту Векслера)</b></i>	<i><b>Клиническое определение</b></i>	<i><b>Определение степени умственной отсталости по МКБ-10</b></i>	<i><b>Другие градации умственной отсталости</b></i>
<b>80-100</b>	<b>Норма (средняя)</b>	<b>Норма</b>	<b>Норма</b>
<b>70-80</b>	<b>Пограничные с нормой задержки развития</b>	<b>–</b>	<b>Пограничные формы</b>
<b>50-70</b>	<b>Дебильность</b>	<b>Легкая</b>	<b>Мягкая форма</b>
<b>35-50</b>	<b>Имбецильность</b>	<b>Умеренная</b>	<b>Среднетяжелая</b>
<b>20-35(40)</b>		<b>Тяжелая</b>	<b>Тяжелая</b>
<b>Менее 20</b>	<b>Идиотия</b>	<b>Глубокая</b>	<b>Очень глубокая</b>

# ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

Клинические признаки	Лёгкая умственная отсталость	Умеренная и тяжёлая умственная отсталость	Глубокая умственная отсталость
Речь	конкретно-образная	фразовая	отсутствует
Инстинктивная деятельность	—	+	++
Способность к самообслуживанию	++	+	—
Способность к обучению	+	Постоянное индивидуальное сопровождение	

# Клинические критерии по МКБ-10.

## Умственная отсталость легкой степени (дебильность, раздел F70).

Для легкой умственной отсталости характерна относительно хорошая механическая память.

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.

Выявляется недостаточная способность к самообладанию и подавлению влечений, импульсивность на фоне повышенной внушаемости и склонности к подражательству.

Таким образом, эти больные в большинстве своем обучаемы (вспомогательная программа школы) и в дальнейшем могут жить самостоятельно. Они могут овладевать целым рядом неквалифицированных профессий, прежде всего, ручного труда, проявляют хорошую бытовую приспособленность к жизни.

Оптимальным возрастным диапазоном для окончательной диагностики дебильности является возраст от 6 до 8 лет.

## 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 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».

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.

## **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.

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.

## 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 до 3 лет.

## Другие диагностические рубрики умственной отсталости (F78, F79).

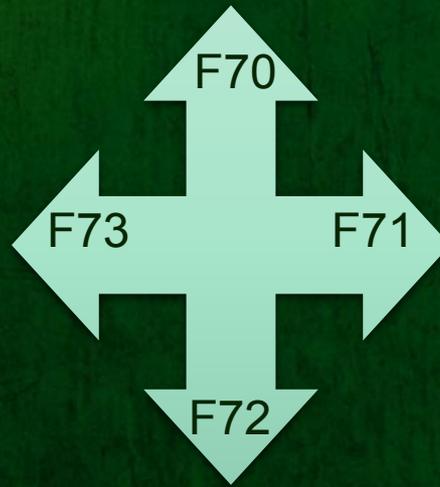
Категория F78 – другая умственная отсталость - рекомендована к использованию только в тех случаях, когда оценка уровня интеллектуального развития крайне затруднена или невозможна в связи с сопутствующими сенсорными или соматическими нарушениями (слепота, глухонмота и др.).

Категория F79 – не-уточненная умственная отсталость – используется только при отсутствии достаточной информации о больном, что не позволяет отнести его к какой-либо другой диагностической рубрике.

# МЫШЛЕНИЕ

*Ограничена способность к абстрактному мышлению  
Относительная сохранность наглядно-образного мышления*

*Отсутствие  
элементарных  
процессов мышления*



*Отсутствует обобщение  
Непонимание скрытого  
смысла  
Механическое заучивание*

*Хаотично  
Бессистемно  
Отсутствие смысловых  
связей*

# ВНИМАНИЕ и ПАМЯТЬ

*Уменьшен объем внимания, ухудшена концентрация внимания, произвольное внимание нестойкое; не прочное запоминание, быстрое забывание, механическая память сформирована.*

*Внимание и память не развиты.*



*Неустойчивое внимание, память развита недостаточно, нарушено произвольное запоминание, механическая память страдает.*

*Внимание серьезно нарушено, малый объем памяти.*

# РЕЧЬ

*Запаздывание речи (немота, гнусавость, заикание).*

*Речь заменяется  
нечленораздельными  
звуками.*



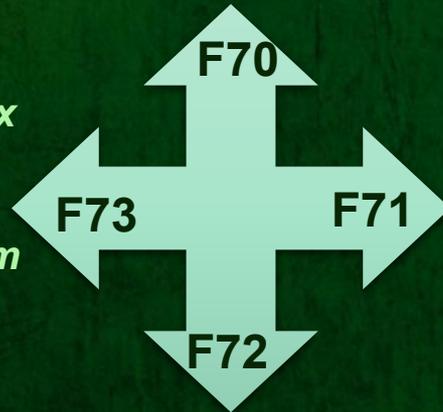
*Запаздывание речи на 3-5 лет,  
косноязычие, бедный  
словарный  
запас.*

*Недоразвита устная речь, состоит из  
отдельных слов, структура слов нарушена,  
пользуются жестами и нечленораздельными  
звуками.*

# ОЩУЩЕНИЕ и ВОСПРИЯТИЕ

*Сужен объем зрительного восприятия, затруднено ориентирование.*

*Психика на низких ступенях развития, с трудом ориентируются, не отличают съедобное от несъедобного.*

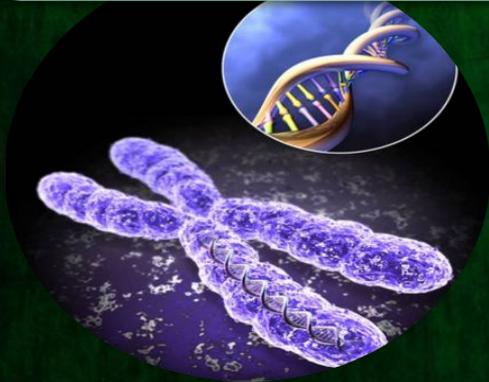


*Отстает развитие зрительного, слухового, тактильного анализаторов, аномалии зрения и слуха, не ориентируется самостоятельно в ситуации.*

*Восприятие поверхностно, окружающие предметы воспринимаются и различаются удовлетворительно.*

# Этиологические факторы

Наследственные, в том числе связанные с повреждением генеративных клеток



Внутриутробные, действующие на зародыш и плод



Перинатальные и первых 3 лет вне утробной жизни



# ЭТИОЛОГИЯ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ (данные по Н.Д. Исаеву)

## ЭНДОГЕННЫЕ

## ВРОЖДЁННЫЕ

## ПРИБРЕТННЫЕ

(внутренние)

(обуславливают 70-90% случаев умственной отсталости)

- изменение наследственных структур: генные и хромосомные мутации;
- эндокринные заболевания и метаболические дефекты матери;
- перезревание половых клеток;
- возраст родителей и т.д.

(известно более 400 факторов)

- хронические заболевания матери;
- гипоксия;
- несовместимость по Rh – фактору;
- ВУИ;
- химические вредности;
- радиационное воздействие;
- механические воздействия;
- острые и хронические эмоциональные стрессы;
- недоношенность и переношенность плода и т.д.

(обуславливают до 9% случаев умственной отсталости)

- нейроинфекции;
- тяжёлые интоксикации;
- ЧМТ;

Утяжеляющий фактор:

- социальные и культурные депривации.

# **Олигофрении, обусловленные наследственными факторами**

**Истинная  
микроцефалия**

**Болезнь Лоуренса-  
Муна-Барде-Бидля и  
др.**

**Ксеродермические  
формы  
(синдром Рада)**

**Дизостотические  
формы:  
синдром Крузона,  
синдром Алера  
и др.**

**Обусловленные  
хромосомными  
абберациями**

**Вызванные  
мутагенным  
поражением  
генеративных клеток  
родителей**

**Энзимопатические  
формы:  
фенилкетонурия,  
галактоземия,  
гаргоилизм,  
синдром Марфана и  
др.;**

## Умственная отсталость, обусловленная хромосомными нарушениями

21-трисомия (синдром Дауна)	—	1:500
XXX (трисомия-X)	—	1:1000 (девочек)
XYY (синдром дубль-Y) (мальчиков)	—	1:1000
XXY (синдром Клайнфелтера) (мальчиков)	—	1:1400
X0 (синдром Шерешевского-Тернера) (девочек)	—	1:3300
46,5p (синдром «кошачьего крика»)	—	1:4000
18-трисомия (синдром Эдвардса)	—	1:6800
13-трисомия (синдром Патау)	—	1:7600.

Среди генных болезней, приводящих к олигофрениии, основное место занимают метаболические, или энзимопатические, расстройства, обусловленные наследственными болезнями обмена веществ.

фенилкетонурия, или болезнь Феллинга. Наблюдается в 1 случае на 10000 новорожденных, с одинаковой частотой у мальчиков и девочек.

галактоземия,

цитруллинурия,

гаргоилизм,

синдром Лоренса-Муна,

синдром Барде-Бидля,

синдром Крузона и др.

# **Олигофрении, вызванные внутриутробным поражением зародыша и плода**

**Вирусными  
инфекциями,  
например краснухой  
беременных**

**Врожденным  
сифилисом,  
токсоплазмозом,  
листериозом и  
другими инфекциями**

**Гормональными  
нарушениями и  
другими эндогенными  
и экзогенными  
токсическими  
факторами**

***Олигофрении, обусловленные вредными факторами перинатального периода и первых 3 лет вне утробной жизни:***

**Обусловленные иммунологической несовместимостью крови матери и плода, например, конфликтом по резус-фактору**

**Вызванные асфиксией плода новорожденного, а также родовой травмой**

**Вызванные перенесенными в раннем детстве инфекциями и черепно-мозговыми травмами**

**Атипичные, обусловленные врожденной гидроцефалией или краниостенозом, сочетающиеся с ДЦП, недоразвитием отдельных систем головного мозга, тяжелыми нарушениями сенсорных функций**

# 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).

# Диагностика умственной отсталости

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.

# Анамнез.

Умение распознать в анамнестических сведениях наиболее важные данные является основой, наряду с клинической диагностикой, правильной постановки диагноза.

В ряде случаев необходим расспрос не только одного родственника, но и других близких ребенка.

При сборе анамнестических сведений в первую очередь уточняются данные, касающиеся семейной генеалогии, отягощенности различными наследственными, в том числе психическими, неврологическими, эндокринными заболеваниями, отставанием в психическом развитии других родственников, странностях в их поведении, употреблении ими алкоголя и иных психоактивных веществ, работа на вредном производстве членов семьи ребенка. Необходимым является также получение сведений о протекании беременности у матери с выявлением возможных патогенных воздействий на плод, наличие информации о предыдущих беременностях (наличие самопроизвольных выкидышей, здоровье других детей, осложнения периода беременности).

При сборе анамнеза обязательно затрагивается и процесс течения родов, и постнатальное развитие ребенка в течение первых месяцев и лет жизни.

# Клиническое обследование.

Является наиболее важным для окончательной диагностики умственной отсталости.

Включает в себя диагностическую беседу с пациентом и физикальное исследование.

При проведении диагностической беседы бывают получены основные данные, характеризующие психический статус ребенка. У многих детей с умственной отсталостью наиболее успешно диагностика проводится при сочетании игры и беседы. В этом случае то, что не удастся выявить в ходе разговора с больным (понимание метафорической речи, содержания сюжетных картинок, их пересказ, оценка уровня знаний об окружающем мире и мн. др.), можно заметить в процессе игры или обсуждения его рисунков. Не существует единой для всех пациентов с умственной отсталостью схемы проведения диагностической беседы, так как это зависит от возраста пациента, уровня его умственного развития и многих других факторов (например, наличие речи вообще, тугоухость или иные сопутствующие заболевания).

# Физикальное исследование.

При проведении физикального обследования ребенка важно оценить как неврологические симптомы (собственно неврологическое обследование), так и наличие возможных соматических аномалий, пороков развития, стигм дизэмбриогенеза.

В некоторых случаях выявленная соматическая симптоматика позволяет уточнить время воздействия той или иной вредности, наличие специфических для ряда дифференцированных форм умственной отсталости соматических аномалий.

В целом дети с олигофренией отличаются более низким ростом и массой тела, чем их здоровые сверстники. Обычно также у детей с умственной отсталостью наблюдаются многочисленные стигмы дизэмбриогенеза, такие как неправильная форма ушных раковин, высокое («готическое») нёбо, низкий рост волос, гипертелоризм, неправильный рост зубов и мн. др. При выраженной умственной отсталости часто выявляются и множественные аномалии и пороки развития, среди которых чаще всего отмечаются глазные дефекты, пороки сердца, дополнительные пальцы, глухота, укорочение конечностей, а также увеличение печени и селезенки.

# **Физические нарушения у детей с умственной отсталостью**

	<b>Умственная отсталость от умеренной до глубокой (IQ &lt; 50), %</b>	<b>Легкая умственная отсталость (IQ = 50-70), %</b>
<b>Сенсорные нарушения</b>	<b>11</b>	<b>2</b>
<b>Эпилепсия</b>	<b>32</b>	<b>7</b>
<b>Церебральный паралич</b>	<b>28</b>	<b>6</b>

# Лабораторные исследования.

Для исследования форм умственной отсталости, обусловленных нарушениями обмена, используются различные биохимические методы. Например в случае подозрения на фенилкетонурию проводится измерение уровня фенилаланина в крови ребенка.

Важным исследованием является в целом ряде случаев пренатальная диагностика умственной отсталости. Эти методы позволяют предупредить рождение неполноценного ребенка, например, в случае хромосомной патологии.

Для пренатальной диагностики используется амниотическая жидкость, которая исследуется на содержание альфа-фетопротеина, для культивирования имеющихся в ней клеток и биохимического анализа.

Раннему амниоцентезу (между 14-й и 16-й нед. беременности) должно предшествовать УЗИ, определяющее внутриутробное положение плода. Подобное исследование позволяет обнаружить, например, двойню или аномалии плода.

Если в крови матери обнаруживается увеличение уровня альфа-фетопротеина, или если предшествующий ребенок был с анэнцефалией, гидроцефалией, то это является показанием для исследования амниотической жидкости на содержание в ней альфа-фетопротеина.

# Лабораторные исследования.

Существуют показания для обязательного исследования культур клеток, содержащихся в околоплодной жидкости:

1. предшествующий ребенок с синдромом Дауна;
2. мать старше 40 лет;
3. предыдущий ребенок имеет дефект, связанный с половой хромосомой;
4. предыдущий ребенок страдает болезнью Тея – Сакса.

Эти показания целесообразно расширить:

- наличие в семье ребенка с любой хромосомной болезнью;
- повторные ранние самопроизвольные выкидыши;
- предшествующие рождения детей с множественными пороками развития;
- внутриутробное недоразвитие плода;
- длительный контакт родителей с мутагенными вредностями.

Если у имеющегося в семье ребенка отмечается несовместимость крови по резус-фактору, следует измерить уровень билирубина в амниотической жидкости при текущей беременности.

В случае необходимости решается вопрос о внутриматочном переливании крови и наиболее подходящем времени для родов.

# Инструментальные исследования.

У большинства детей с умственной отсталостью выявляются различные структурные изменения головного мозга, иногда – и костей черепа.

Рентгенография черепа позволяет выявить костную гипертрофию или уточнить диагноз гидроцефалии, при которой имеются утончение костей, расхождение швов.

В качестве более тонких методов исследования черепа и головного мозга больного могут использоваться эхоэнцефалография, реоэнцефалография, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, позитронно-эмиссионная томография.

Хотя бы однократно умственно отсталому пациенту необходимо проведение электроэнцефалографического исследования.

# Перечень рекомендованных лабораторных и инструментальных методов обследования больного с умственной отсталостью:

- общие анализы крови и мочи (кратность – по показаниям)
- ЭЭГ (при наличии судорожных или иных приступов – частота обследования по показаниям; в остальных случаях – 1 раз в 2-3 года)
- компьютерная томография или МРТ головного мозга (по показаниям, но хотя бы 1 раз в жизни)
- ЭхоЭГ (по показаниям, особенно при невозможности проведения МРТ или КТ)
- рентгенограмма черепа (по показаниям, особенно при невозможности проведения МРТ, КТ или ЭхоЭГ)
- исключение наследственного дефекта обмена (ФКУ) - обязательно
- цитогенетическое исследование – по показаниям, но хотя бы 1 раз в жизни
- аудиограмма – по показаниям, но хотя бы 1 раз в жизни при возможности ее проведения
- реоэнцефалография (по показаниям)

# Генетические методы.

Теоретически все семьи с умственно отсталыми детьми должны направляться в медико-генетическую консультацию для проведения цитогенетического обследования, что не всегда осуществимо на практике.

При невозможности установить генотип родителей, риск рождения больного ребенка может быть рассчитан эмпирически.

Так, если умственная отсталость наблюдается у одного из родителей, то риск рождения первого больного ребенка в этой семье составляет 20-30%, а риск повторного рождения больного ребенка уже 40,3%.

Если же умственной отсталостью страдают оба родителя, то риск рождения первого больного ребенка составляет 60%, а риск повторного рождения больного ребенка 83,5%.

# Скрининг.

Для исследования форм умственной отсталости, обусловленных нарушениями обмена, используются различные биохимические методы.

Наряду с фенилкетонурией, скрининг может быть направлен на выявление гомоцистинурии, гистидинемии, болезни «кленового сиропа», тиро-зинемии, галактоземии, лизинемии, мукополисахаридозов.

Наиболее часто для обнаружения нарушений метаболизма используют качественные скрининговые тесты мочи, бумажную хроматографию, тонкослойную хроматографию, энзимные пробы. В случае выявления фенилкетонурии осуществляются и профилактические мероприятия (специальная диета, исключающая фенилаланин в пищевых продуктах), что позволяет избежать у ребенка появления умственной отсталости.

# Психологическое и педагогическое обследование.

При определении уровня интеллекта у детей обычно используют ревизованную шкалу Стэнфорд – Бине (начиная с 3 лет), шкалу Векслера для детей (от 5 до 15 лет), методику Равена (Рейвена) и некоторые другие. Дополнительно могут использоваться шкала развития Гезелла, методика Кноблах, шкала детского развития Бейли, Денверская скрининговая методика, зрительно-моторный гештальт-тест Бендер, метод предметной классификации. Интересна и удобна в практическом применении предложенная совсем недавно тестовая методика психологической диагностики «Потенциал интеллектуального развития». Важным дополнением к клиническому и психологическому исследованию является педагогическая характеристика, так как педагог имеет все условия для оценки познавательных способностей ребенка, возможной формы его обучения.

Во всех случаях диагноз должен быть установлен психиатром на основании клинических данных, а любые психологические методики являются дополнительными, а не определяющими диагностику.

# Дифференциальная диагностика

## Отграничение от детской шизофрении.

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. 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.

## Отграничение от детской шизофрении.

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.

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. 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.

**ЗПР****Умственная отсталость****Познавательная деятельность**

1. парциальность, мозаичность в развитии всех компонентов психической деятельности ребёнка.

2. гораздо выше потенциальные возможности развития их познавательной деятельности, и особенно высших форм мышления – обобщения, сравнения, анализа, синтеза, отвлечения, абстрагирования.

3. скачкообразность динамики всех форм мыслительной деятельности

4. страдают предпосылки интеллектуальной деятельности (внимание, восприятие, зрительно-двигательная координация, фонематический слух и другие).

5. дети способны к плодотворному сотрудничеству со взрослым (хорошо принимают помощь взрослого и сверстника). Эта поддержка ещё эффективна, если она оказывается в форме игровых заданий и ориентирована на произвольный интерес ребёнка к осуществляемым видам деятельности.

1. тотальность и иерархичность нарушений психической деятельности ребёнка («диффузное, разлитое повреждение» коры головного мозга).

2. затрудняются в установлении причинно-следственных зависимостей и имеют несовершенные функции обобщения.

3. данный феномен экспериментально не выявлен.

4. страдают мыслительные функции – обобщение, сравнение, анализ, синтез.

5. игровое предъявление заданий может служить поводом для произвольного соскальзывания ребёнка с выполнения задания (особенно, если предлагаемое задание находится на пределе возможностей умственно отсталого ребёнка).

<b>ЗПР</b>	<b>Умственная отсталость</b>
<p>6. имеется интерес к предметно-манипулятивной и игровой деятельности. Игровая деятельность носит более эмоциональный характер чем у умственно отсталых дошкольников. Содержание игры не развёрнуто. В ней отсутствует собственный замысел, воображение, умение представить ситуацию в умственном плане. Дети без специального обучения не переходят на уровень сюжетно-ролевой игры, а «застревают» на уровне сюжетной игры.</p>	<p>6. остаются на уровне предметно-игровых действий.</p>
<p>7. характерна большая яркость эмоций.</p>	<p>7. эмоциональная сфера не развита, а чрезмерно игровое предъясвление заданий часто отвлекает ребёнка от решения самого задания и затрудняет достижение цели.</p>
<p>8. в различной степени владеют изобразительной деятельностью.</p>	<p>8. без специального обучения изобразительная деятельность не возникает. Ребёнок останавливается на уровне предпосылок предметных изображений, т.е. на уровне черкания. Отмечаются графические штампы – схематичные изображения домиков, «головоногие» изображения человека, буквы, цифры, хаотично разбросанные на плоскости листа бумаги.</p>

<b>ЗПР</b>	<b>Умственная отсталость</b>
<b>9. грубые органические проявления не отмечаются. Можно увидеть неврологическую микросимптоматику: выраженная на висках и переносице венозная сеточка, лёгкая асимметрия лицевой иннервации, гипотрофия отдельных частей языка с его девиацией вправо или влево, сживление сухожильных и периостальных рефлексов.</b>	<b>9. грубые органические проявления.</b>
<b>10. патологическая наследственная отягощённость практически не отмечается.</b>	<b>10. в анамнезе отмечается патологическая наследственная отягощённость.</b>

# 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.

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.

Пребывание в стационаре не должно превышать в большинстве случаев 1-2 месяцев.

# Медикаментозное лечение

## 1. Ноотропы

Препараты: пирацетам, гопантеповая кислота, аминифенилмасляная кислота, пиритинол, никотиноил, гамма-аминомасляная кислота, деанола ацеглумат (особенно при явлениях астении) и др.

Пептидные ноотропы: церебролизин и полипептиды коры головного мозга скота.

По клиническому эффекту к ноотропам близок холина альфосцерат, инстенон и Мемантин.



2. Сосудорасширяющие препараты: винпоцетин, циннаризин и др.

# Медикаментозное лечение

3.Комплексные лекарственные средства, содержащих ноотропный и сосудорасширяющий препарат (пирацетам+циннаризин).

4.Диуретики, при выявленной внутричерепной гипертензии.

5.Рассасывающую терапия при признаках органического (резидуально-органического) поражения головного мозга.

6.Аминокислоты: глутаминовая кислота, Л-ДОФА (левовращающий изомер дезоксифенилаланина).

7.Витаминотерапия: витамины группы В.



# Симптоматическое лечение

В том случае, когда сопутствующие психопатологические синдромы препятствуют оптимальной адаптации пациента, утяжеляют его состояние (например, эпилептиформные приступы, психозы, выраженные нарушения поведения, аффективные расстройства),

используют антидепрессанты, в том числе amitриптилин, флувоксамин, кломипрами и некоторые другие;

малые транквилизаторы: феназепам, диазепам, тофизолам, гидроксизин и др.;

антипсихотики, в том числе: рисперидон, галоперидол, хлорпромазин;

противоэпилептические средства: вальпроаты, карбамазепины, окскарбамазепин, топирамат, леветирацетам, ламотриджин и некоторые другие.

# Немедикаментозное лечение.

Психолого-педагогическая коррекция. 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.

Согласно официальным рекомендациям, комплексное психотерапевтическое лечение детей с легкой умственной отсталостью осуществляется курсами по 2 месяца с периодичностью 2-3 раза в год.



# 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.

**СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!**

