***3. 19. Инсомнии, гиперсомнии.***

**Инсомния** – это нарушения засыпания и поддержания сна в виде частых пробуждений, а также ранние пробуждения, которые сопровождаются жалобами на качество и продолжительность сна, его недостаточную глубину.

Основные формы инсомнии:

* Психофизиологическая (влияние тревоги и страха)
* Извращенное восприятие сна
* Идиопатическая
* Экзогенная (неадекватная гигиена сна, отсутствие надлежащих условий для сна, пищевая аллергия, употребление снотворного, стимуляторов, употребление спиртных напитков, кофе)
* Синдром беспокойных ног
* Инсомния, связанная с изменением привычного цикла сна-бодрствования
* Инсомния, связанная с заболевание (соматическими, психическими, неврологическими)

По клинической характеристики, инсомнии делят на:

* Пресомнические нарушения (трудности засыпания)
* Интросомнические нарушения (частые ночные пробуждения, после которых пациент долго не может уснуть, и ощущение поверхностного сна)
* Постсомнические нарушения (проблема раннего утреннего пробуждения, снижение трудоспособности, разбитость)

**Гиперсомния** – это повышенная сонливость, которая характеризуется непреодолимой сонливостью днем и повышенной склонностью к засыпанию.

Основные типы гиперсомнии:

* Психофизиологическая (хронический дефицит сна, нарушение цикла сон-бодрствование)
* Идиопатическая
* Нарколепсия (синдром нарколепсии-катоплексии)
* Посттравматическая
* Обструктивный синдром апноэ во сне
* Центральный синдром апноэ во сне
* Синдром Кляйна-Левина
* Гиперсомния при психических заболеваниях (депрессия, психозы, алкоголизм)

**Терапия нарушений сна:**

Лечение инсомнии: Восстановление гигиены сна, режима труда и отдыха, организация здорового образа жизни, отказ от вредных привычек. Медикаментозное лечение включает прием снотворных препаратов их группы барбитуратов, бензадиазепинов, циклопиролонов, имидазопиридинов. Продолжительность назначение не должна превышать 3 недели.

Лечение гиперсомнии: стимуляторы ЦНС сиднофен или сиднокарб , α-адреностимулятор модафинил.

***3.20. Основные клинические синдромы и принципы лечения в условиях экзогенной интоксикации.***

***Основные синдромы:***

**Токсическая энцефалопатия** характеризуется появлением рассеянной органической симптоматики, появлением амиостатического, гипоталамического, эпилептиформного и психоорганичного синдромов.

**Токсическая полинейропатия** развивается на фоне общеинтоксикационных симптомов и в определенной степени имеет специфический характер в зависимости от свойств токсичного субстрата. В некоторых случаях токсический синдромокомплекс представлен энцефаломиелополирадикулонеропатией с преобладанием поражения отдельных уровней НС.

**Лечение:**

* Прекратить поступление яда в организм
* Удаление яда из участков его всасывания (промывание желудка, очистительная клизма, обработка кожи слизистых)
* Нейтрализация яда, который циркулирует в крови (антидотная терапия)
* Уменьшение токсического влияния яда, который поступил в организм (введение фармакологических антогонистов)
* Стимулирование процессов эндогенной детоксикации
* Стимулирование элиминации яда и её метаболитов (форсированный диурез, гемодиализ, энтеро-, гемосорбция и плазмаферез)
* Симптоматическая коррекция нарушений, которые уже появились.

***3.21. Стадии поражения нервной системы при острой и хронической лучевой болезни.***

**Острая лучевая болезнь**

**Первая стадия** проявляется стойкой головной болью, апатией, вялостью, нарушениями сна, нарушением сознания, заторможенностью, болью при движении глазных яблок и при пальпации по ходу тройничного нерва. Ригидность затылочных мышц и симптом Кернига свидетельствуют о вовлечении мягких мозговых оболочек.

**Вторая стадия** характеризуется послаблением общемозговых и менингеальных симптомов, которые становятся менее выражены, но не исчезают.

В **третьей стадии** снова усиливаются общемозговые и менингеальные симптомы, развивается отек головного мозга, нарушается сознание (от оглушения до комы), появляется объективная органическая симптоматика. Выявляется нистагм, анизорефлексия, патологические рефлексы, нарушения черепно-мозговой иннервации, снижение мозгового тонуса, нарушения статики и координации, вегетативные нарушения.

**Четвертая стадия** характеризуется уменьшением или исчезновением общемозговых симптомов, улучшением общего состояния больного. Но на протяжении долгого времени сохраняется вегетососудистая лабильность, астения, объективная органическая симптоматика.

**Хроническая лучевая болезнь** включает:

* **Синдром вегетативной дистонии**
* *Перманентного типа*
* *Пароксизмального типа*
* **Цефалгический синдром**
* **Когнитивные нарушения**
* **Моно- и полинейропатии**
* *Сенсорные нарушения* (снижение болевой и температурной чувствительности по типу перчаток и носков)
* *Вегетативные нарушения* (пекущая боль, изменение окраски кожи, нарушение её трофики, вазомоторный отек)
* **Вестибулярно- или мозжечково-атактический синдром**

(головокружение, шаткость походки, тошнота, шум в ушах, снижение слуха, нистагм, интенционный тремор)

* **Энцефаломиелитический синдром**
* **Пирамидная недостаточность**
* **Акинетический ригидный синдром**

(замедление движений, повышение мышечного тонуса по пластическому типу, шаркающая походка, гипомимия, статический тремор)

* **Корешковый синдром**

**Лечение:** используют нейропротекторы, антиоксиданты, антигипоксантыы, ноотропные п-ты, вегетотропные с-ва, альфа- и бета-адреноблокаторы. Для улучшения мозгового кровообращения и микроциркуляции назначают антагонисты кальция, антиагреганты, венотонические с-ва. Для лечения полиневропатического и корешкового синдромов используют вазоактивные, антихолирнестеразные п-ты, п-ты нейротрофического и восстанавливающего действия.

***4.2. Арахноидиты (слипчивый, кистозный), базальный, конвекситальный)***

**Слипчивый арахноидит** — это гнойное воспаление паутинной оболочки головного мозга. Между оболочками головного мозга образуются спайки, которые вызывают сильные головные боли.

**Кистозный арахноидит** — это воспаление паутинной оболочки головного мозга с образованием полостей.

***Конвекситальный арахноимдит*** чаще возникает после инфекций или ЧМТ и характеризуется преобладанием проявлений раздражения над признаками выпадения функций. Нам ряду с общемозговыми симптомами отмечаются признаки вегетососудистой и пирамидной недостаточности, нарушение ф-ций VI и XII пары черепных нервов, нарушения чувствительности. Основным из симптомов арахноидита этой локализации являются фокальные джексоновские и/или вторичнро-генерализованные эпилептические припадки.

***Базальный арахноидит*** (поражение оболочек в участке основы мозга) проявляется общемозговыми симптомами и поражением черепных нервов. К нему относят:

Оптико-хиазмальный арахноидит, который появляется в результате вирусной инфекции, после острого периода гриппа, синусита и характеризуется головной болью, преимущественно в области лба, переносицы, глазных яблок, ощущение сетки перед глазами, снижение остроты зрения, изменениями полей зрения, скотомами. Постепенно развивается неврит зрительных нервов с последующей их атрофией, изменением обоняния, вазомоторные и гипоталамические нарушения.

Арахноидит поперечной цистерны, ведущим симптомом является головная боль, которая

иррадиирует в глазные яблоки, переносицу, надбровье, на фоне чего возникают симптомы поражения слухового нерва с нарушением вестибулярных и слуховых функций.

Арахноидит межножковой локализации характеризуется нарушением функции глазодвигательных нервов (диплопия, косоглазие, ограничение движения глазных яблок, анизокория)

**Диагноз** церебрального арахноидита ставится на основании данных анамнеза и результатов клинического осмотра и дополнительных методов исследования (КТ, МРТ, ЕЕГ, офтальмоскопия)

**Лечение** консервативное и хирургическое. Назначают антибиотики широкого спектра действия, кортикостероиды, десенсибилизирующие, противоэпилептические, дегидратационные с-ва, п-ты для улучшения микроциркуляции. При кистозном и слипчивом арахноидите показано оперативное вмешательство.