***1. Маниакальный синдром.***

*Маниакальный*: триада – эйфория + ускорение ассоциативных процессов + двигательное возбуждение со стремлением к деятельности. Характеры: отвлекаемость, ↑половое влечение (больные легко вступают в контакты, заводят сексуальные связи, женятся, дают необоснованные обещания), нет соматических жалоб («душевный подъем», ↑физических сил, переоценка возможностей).

***2. Конечное состояние шизофрении. Понятие про ремиссию и дефект.***

Конечные состояния:

(1) *Вяло-апатические:* слабоумие, выраженные шизофренические изменений личности с позитивной симптоматики, апатия, мимика бедная, речь монотонная. Иногда: стереотипные автоматизмы, торпидность мышления, резонерство, паралогичность.

(2) *Акинетические кататонические и негативистические:* глубокий регресс поведения, продуктивные расстройства с преобладанием акинетических кататонических нарушений или негативизма. Амимия, абулия, ригидность поз, пассивная подчиняемость, мутизм. Обездвиженность ←→ ритмические покачивания, стереотипными движениями конечностей.

(3) *Гиперкинетические кататонические:* (+«бормочущее слабоумие») гебефренная ф. шизофрении → стереотипное двигательное беспокойство, гримасы, вычурные движения, ритуалы. Иногда: дурашливость, детскость, уменьшительная лексика, мутизм, отказ от пищи, эпизоды кататонического возбуждения.

(4) *Галлюцинаторно-бредовые:* выраженный шизофренический дефект + сохранившаяся и стабильная галлюцинаторно-бредовая симптоматика. Преобладают отрывочные бредовые идеи величия и преследования (фантастичны и абсурдны) / слуховые псевдогаллюцинации / другие проявления психических автоматизмов («носители голосов») → оскудение и фрагментация симптоматики. Шизофазия.

*Типы ремиссий:**Тип А* (полная ремиссия) – полная редукция позитивных синдромов, слабые негативные. Работоспособность и семейно-бытовое положение в норме. *Тип В* (неполная ремиссия) – полная редукция позитивных симптомов, умеренно выраженны негативные → реабилитация. Ограничение трудоспособности вплоть до спеццехов. *Тип С* – значительная редукция позитивных симптомов (дезактуализированный бред, элементы галлюциноза), выраженные негативные симптомы: апатико-диссоциативный дефект → лечебно-трудовые мастреские. *Частичная ремиссия* (ремиссия "Б") - внутрибольничное улучшение, незначительное купирование всех симптомов → только лечение.

*Дефекты психики:**астенический* (вялость, больные критичны к состоянию), *психопатоподобный* (импульсивность, нетактичность, конфликтность), *паранояльный* (настороженны, обстоятельное мышление), *гипоманиакальный* (↑настроение, многословность, суетливые), *апатико-абулический* (апатичны, бездеятельны, эмоционально уплощены).

***3. Эпилептический статус и лечебные мероприятия по выведения больного из этого состояния.***

*Эпилептический статус* – фиксированное состояние, при котором каждый следующий приступ начинается до завершения предыдущего.

*Причинами* эпилептического статуса могут быть: неадекватное лечение, резкое ↓доз или отмена противоэпилептических препаратов, резистентность к ним, а также присоединения дополнительных факторов (острые инфекции, интоксикации, в частности потребления алкоголя, черепно-мозговые травмы, соматические заболевания).

*Клиника*: (1) – статус абсансов (бессудорожный, нет контакта с пациентом, возможны мышечные атонии), (2) статус сложных парциальных приступов (может быть сохранено сознание, иногда бывает вторичная генерализация), (3) судорожный эпистатус (самый тяжелый, ведет к нарушениям дыхания, сердечной деятельности, мозговой гипоксии, симпато-адреналовому кризу, ↑АД) → тонический (дети), миоклонический (синхрония верхних конечностей), клонические (грудные дети).

*Диагностика*: клиническая по внешнему виду пациента и ареактивности и функциональная по ЭЭГ.

*Лечение*: внутривенное введение препаратов бензодиазепинового ряда (сибазон → диазепам через 1-2 часа), фенгидана, конвулекс, ректальное введение диазепама → гексенал/топентал натрия + литическая смесь (промедол, анальгин, димедрол, новокаин) в/м → фуросемид / этакриновая кислота + контрикал → ↑АД – папаверин / магнезия + дибазол + коргликон. При неэффективности медикаментозной терапии – ингаляционный наркоз. Борьба с отёком головного мозга. Люмбальная пункция.

***1. Маниакальный синдром.***

Характерна маниакальная триада: эйфория (неадекватно повышенное настроение), ускорение ассоциативных процессов и двигательное возбуждение со стремлением к деятельности.

Для маниакального синдрома характерна отвлекаемость, в связи с чем больные не могут довести начатое дело до конца, последовательно сообщить о себе анамнестические сведения. Несмотря на то, что больной говорит без умолку и охотно беседует с врачом, беседа эта непродуктивна, так как больной отвлекается на различные внешние события или возникающие у него ассоциации. Эти ассоциации носят обычно поверхностный характер.

Больные в маниакальном состоянии обычно не предъявляют соматически жалоб, они испытывают не только «душевный подъем», но и прилив физических сил. В этом состоянии они склонны переоценивают свои способности и возможности.

Половое влечение бывает усилено, больные легко вступают в контакты, заводят сексуальные связи, женятся, дают необоснованные обещания.

Легкие варианты маниакальных состояний принято называть гипоманиями.

Различные варианты маниакального синдрома встречаются при маниакально-депрессивномпсихозе, а также шизофрении, затяжных симптоматических психозах, послечерепно-мозговыхтравм, при прогрессивном параличе, при острых интоксикациях.

Маниакальный (псижотический) синдром, мания классического типа. Ведущий симптом — выраженная эйфория с ощущением безмерного счастья, радости, восторга. Обязательные симптомы — маниакальная гипербулия со значительной отвлекаемостью, в силу чего значительно страдает продуктивность мышления; ускорение его темпа с тематической отклоняемостью может доходить до «скачки идей». Дополнительные симптомы — переоценка качеств своей личности, достигающая степени голотимических идей величия.

Сочетание типичных маниакальных или гипоманиакальных состояний с признаками эндогенности характерно для маниакальной фазы маниакально-депрессивного психоза, циклотимии, некоторых вариантов приступообразной шизофрении.

**2. Конечное состояние шизофрении. Понятие про ремиссию и дефект.**

Конечные состояния:

*Вяло-апатическим* слабоумием, резко выраженными изменениями личности, характеризуется преобладанием выраженных шизофренических изменений личности, выраженной позитивной симптоматики. Больные вялы, бездеятельны, пассивны. Мимика бедная, речь монотонная. Могут обнаруживаться стереотипные автоматизмы, торпидность и тугоподвижность мышления, резонерство, паралогичность и т.д.

*Акинетические кататонические и негативистические состояния* характеризуются - глубоким регрессом поведения, выраженностью продуктивных расстройств с преобладанием акинетических кататонических нарушений или негативизма. Больные бездеятельны, безучастны, почти не обслуживают себя. Их мимика бедная, взгляд отсутствующий, сохранение однообразной позы, пассивная подчиняемость, частичный или полный мутизм. Почти полная обездвиженность временами сменяется однообразными ритмическими покачиваниями туловища, стереотипными движениями конечностей.

*Гиперкинетические кататонические состояния* (в том числе «бормочущее слабоумие») развиваются у больных с гебефренной формой шизофрении. Пациенты постоянно пребывают в состоянии стереотипного двигательного беспокойства, гримасничают, совершают вычурные движения, разнообразные двигательные стереотипии, ритуалы. Одни больные ведут себя дурашливо, по-детски, употребляют много уменьшительных слов. Могут наблюдаться мутизм, отказ от пищи, эпизоды кататонического возбуждения.

*Галлюцинаторно-бредовые состояния* представляют собой сочетание признаков выраженного шизофренического дефекта с сохранившейся и стабилизировавшейся продуктивной галлюцинаторно-бредовой симптоматикой. Преобладающими являются отрывочные бредовые идеи величия и преследования, имеющие фантастическое, часто абсурдное содержание. Также возвосжно преобладание слуховых псевдогаллюцинаций и других проявления психических автоматизмов («носители голосов»). Со временем они становятся все более скудными и фрагментарными. Характерны нарушения мышления: наблюдается полная смысловая разорванность при сохранении правильного грамматического строя и интонаций — шизофазия.

***Типы ремиссий:***

Тип А (полная ремиссия) – полная редукция производительных психотических синдромов. При незначительной выраженности негативных симптомов, которые практически не изменяют работоспособность и семейно-бытовое положение больного; профессиональная переориентация необходима только в особых случаях.

Тип В (неполная ремиссия) – полная редукция производительных психотических симптомов с умеренно выраженными изменениями, обусловливающие необходимость проведения реабилитационных мероприятий - смене профессии (работа с ограничением нагрузок), а в некоторых случаях - в случае потери способности к труду - трудоустройство в специальные цеха на промышленных производствах.

Тип С – значительная редукция психотических симптомов (могут быть остаточные бредовые идеи, потерявшие актуальность, и отдельные галлюцинаторные явления) в случае выраженного апатико-диссоциативного дефекта с потерей способности к регулярному и профессиональному труду. Больных приспосабливают к работе в лечебно-трудовых мастерских при психиатрических больницах, дневных стационарах.

Частичная ремиссия (ремиссия "Б") - внутрибольничное улучшение - характеризуется лишь незначительным улучшением состояния психотических явлений. Больные подлежат дальнейшему лечению в условиях стационара.

***Дефекты психики:***

Астенический тип – вялость, быстрая утомляемость, больные критично оценивают свое состояние.

Психопатоподобный тип – импульсивность, нетактичность, озлобленность, конфликтность.

Паранояльные тип – поведение настороженное, мышление чересчур детализированное. Гипоманиакальный тип – повышенное настроение, многословность, суетливые. Апатико-абулический тип – апатичны, бездеятельны, эмоционально уплощены.

***3. Эпилептический статус и лечебные мероприятия по выведения больного из этого состояния.***

Эпилептический статус - повторяющиеся эпилептические припадки, между которыми сознание больного не восстанавливается.

Причинами эпилептического статуса могут быть: неадекватное лечение, резкое снижение доз или отмена противоэпилептических препаратов, резистентность к ним, а также присоединения дополнительных факторов (острые инфекции, интоксикации, в частности потребления алкоголя, черепно-мозговые травмы, соматические заболевания). В случае эпилептического статуса нарушается дыхание, сердечно-сосудистая деятельность, гемоциркуляции, церебральный метаболизм, кислотно-основное равновесие, водно-электролитный баланс.Кроме описанных выше, могут возникать генерализованные тонические приступы, характерные для детей, и генерализованные клонические припадки, чаще у детей грудного возраста, а так же миоклонические приступы, характеризующиеся двусторонними синхронными проявлениями, наиболее выраженными в плечевом поясе и руках. Руки молниеносно сгибаются, пальцы расходятся. Если в нападение привлекаются ноги, то они также обычно сгибаются, и больной падает на колени.

Купирования эпилептического статуса следует, по возможности проводить в условиях стационара. Сначала вводят диазепам (сибазон, лоразепам) внутривенно медленно.При отсутствии эффекта через 1,5-2ч повторяют введение диазепама. Если статус не купируетьься, медленно внутривенно раствора гексенала или тиопентала натрия. Одновременно вводят раствора натрия тиопентала или гексенала. Одновременно с ПСП вводят литическую смесь: промедол, анальгин, димедрол, новокаин внутримышечно. С целью дегидратации вводят фуросемид (лазикс) внутримышечно; этакриновая кислота (урегит); преднизолон внутримышечно; контрикал или трасилол внутривенно капельно в течение 4 ч. С лечебной и диагностической целью выполняют спинномозговую пункцию. для улучшения сердечной деятельности вводят коргликон или дигоксин внутривенно медленно. В случае повышения АД - папаверин, магния сульфат + дибазол 5 мл внутривенно.