***1. Амнестический синдром Корсакова.***

*Амнестический (Корсаковский) синдром*: фиксационную амнезия, ретро- и антероградная амнезию, псевдореминисценции, конфабуляции, нарушение ориентировки во времени и пространстве, формальные процессы мышления поражаются меньше.

***2. Депрессивные невротические расстройства.***

Причина: психогенная, травматическая ситуация. Вегетодистонические симптомы (нарушение сна, головная боль, боль в области сердца) → (2 недель) астения с ухудшением настроения и тревожностью. Жалобы на потерю радость от жизни без пессимистической оценки будущего (не учитывают нерешенную психотравмирующую ситуацию). Психотравмирующая ситуация обычно не отражается на переживаниях больных, не связывают свое состояние с ней. Значительно выраженны соматовегетативные расстройства: колебание АД, дисфункция ЖКТ, инсомния (затрудненно засыпание и пробуждение в утренние часы с чувством тревоги, сердцебиением), но нет ипохондрической фиксации на симптомах. Течение волнообразно, чаще как этап невротического развития личности.

***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. Амнестический синдром Корсакова.***

**Амнестический (Корсаковский) синдром** – включает нарушения памяти на текущие события (фиксационную амнезию), ретро- и антероградную амнезию, псевдореминисценции, конфабуляции, нарушение ориентировки во времени и пространстве.

Проявляется потерей памяти на текущие события (фиксационная амнезия) при относительно лучшем воспроизведении событий и навыков прошлого.

Страдает репродукция, возможно и фиксация впечатлений. Наблюдается амнестическая дезориентировка во времени и окружающем. Нередки замещающие конфабуляции обыденного содержания. Могут возникать наплывы конфабуляции в виде эпизодов конфабуляторной спутанности. Формальные процессы мышления поражаются в несколько меньшей степени. Так, пациент, после еды тут же о ней забывает, однако способен еще сносно играть в шахматы (правда, если доска с фигурами находится перед глазами). Ходы в игре носят ситуационный характер — о том, какими они были задуманы несколько минут назад, больной не помнит. Пробел памяти не осознается, жалоб на это нет. Но заметно, что пациенты стараются замаскировать дефект памяти обтекаемыми ответами.

***2. Депрессивные невротические расстройства.***

Причиной этого невроза обычно является длительная, нерешенная неблагоприятная ситуация.

В начале болезни появляются вегетодистонические симптомы: нарушение сна, головная боль, боль в области сердца. В дальнейшем (через несколько недель) появляются астения с ухудшением настроения и тревожностью. Больные говорят, что потеряли радость от жизни и в то же время они не оценивают свое будущее как бесперспективное, строят планы на будущее, словно не учитывая нерешенную психотравмирующую ситуацию.

Одной из особенностей этого невроза является то, что психотравмирующая ситуация обычно не отражается на переживаниях больных, они, как правило, не связывают свое состояние с ней. Как и при других неврозах, в клинической картине невротической депрессии отмечается значительная выраженность соматовегетативных расстройств: колебание артериального давления, дисфункция пищеварительного тракта, нарушения сна в виде затрудненного засыпания и пробуждение в утренние часы с чувством тревоги, сердцебиением. Следует отметить, что невзирая на большое количество соматических жалоб, у больных не происходит ипохондрической фиксации на них. Невротические депрессии перебегают волнообразно и нередко является этапом невротического развития личности.

***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.