***1. Делириозный, онейроидный синдромы.***

*Делириозный:* зрительные нарушения с включением (сценоподобные галлюцинации, многочисленные фантастические иллюзии, образные и наглядные воспоминания) + нарушения речи (говорливость, отрывочность, вскрики) + эмоциональная гиперлабильность. Стадии: **1** – выраженные бессвязными ассоциации, наплыв воспоминаний, говорливость. эмоциональной лабильностью, гиперэстезия, ↑симптомов к ночи → **2** → зрительные галлюцинации, парейдолии, отрывочный контакт, высказывания бессвязны, отмечается выраженная эмоциональная лабильность, просветления («люцидные окна») → **3** → преобладают зрительные галлюцинации + сильные аффекты (страх, гневом, реже любопытство, восторгом).

*Онейроидный:* бредово-фантастическое, сновидное помрачение сознания → наплывы фантастических грез с включением пациента и/или всех окружающих + кататонические расстройства. *Отличия от делирия*: внутренняя проекция (псевдогаллюцинации, «разыгрывается спектакль» [бред инсценировки, бред двойника]), дезориентировка в месте, времени, двойная ориентировка в собственной личности (находится в больнице и командует космическим кораблем одновременно). Моторно заторможен, «летательно-плавные» хаотичные движения, иногда – сторонний наблюдатель своего бреда.

***2. Клиническая картина неврастении.***

Основа клиники — раздражительная слабость. Жалобы: утомляемость, слабость, ↓работоспособности. Часто: зрительная, слуховая, тактильная гиперестезия. Инсомнии с поверхностным сном и быстрыми или медленным засыпанием. Головная боль разного типа (сдавление, стягивание, покалывание), очень неприятная для пациентов, усиливается после физического и умственного напряжения. Часто: неприятные ощущения в разных органах. Ипохондрические симптомы нередко сопровождают другие симптомы неврастении.

*Формы:* гипостеническая (преобладает астения) и гиперстеническая (преобладает раздражительность).

***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. Делириозный, онейроидный синдромы.***

**Делириозный синдром.** Характеризуется множеством психопатических отклонений, в особенности зрительными (сценоподобные галлюцинации, многочисленные фантастические иллюзии, образные и наглядные воспоминания).

При этом больные могут воспринимать галлюцинации как реальность: живо реагируют, активно двигаются, кого-то ловят, защищаются, пытаются бежать и т. п. Постоянно меняется выражение лица. Больной говорливый, но речь отрывочная, непоследовательная, может ограничиваться лишь вскриками.

Настроение постоянно меняется: за короткие промежутки панический страх может переходить в тревожное любопытство, или плаксивость в эйфорию.

В развитии *Д. с. выделяют три стадии.*

* *Первая стадия* характеризуется выраженными наглядными, ин огдабессвязными ассоциациями, наплывом воспоминаний, в ряде случаев с яркими образными пре дставлениями, говорливостью. эмоциональной лабильностью, повышенной чувствительностью. К вечеру эти симптомы усиливаются, [сон](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/29472) становится беспокойным, с яркими сновидениями*.*
* *Во второй стадии* образныепредставления сменяются зрительными галлюцинациями ([Галлюцинации](https://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/7467/%D0%93%D0%B0%D0%BB%D0%BB%D1%8E%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%B0%D1%86%D0%B8%D0%B8)). Наблюда ются также [иллюзии,](https://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/12469/%D0%98%D0%BB%D0%BB%D1%8E%D0%B7%D0%B8%D0%B8)часто фантастические ([парейдолии](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/22599)). Контакт с больным становится отрывочным, случайным: еговысказывания бессвязны, отмечается выраженная эмоциональная [лабильность](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/15969). В некоторых случаях[сознание](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/29428) периодически проясняется (так называемые люцидные эпизоды).
* *В третьей стадии* преобладают [галлюцинации](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/7467), в основном зрительные, преимущественно в виде часто смен яющихся сцен. Они сопровождаются сильными аффектами (страхом, испугом, гневом, реже любопыт ством или восторгом

**Онейроид**, или онейроидный синдром, представляет собой бредово-фантастическое, сновидное помрачение сознания. Патология характеризуется наплывами возникающих в сознании фантастических грез, которые могут полностью овладеть человеком (он не замечает окружающих) или сочетаются с картинами окружающей обстановки. Присущи кататонические расстройства с заторможенность или возбуждением.

*Онейроидное помрачение сознания* (онейроид, сновидное, грезоподобное нарушение сознания) напоминает сон наяву — это помрачение сознания с наплывом непроизвольно наступающих фантастических представлений. Образные переживания больных всегда имеют внутреннюю проекцию, т.е., в отличие от делирия, при онейроиде отмечается преобладание псевдогаллюцинаторных явлений, необыкновенно красочных и необычных. Окружающее воспринимается как специально подстроенное, для больного «разыгрывается спектакль» с подставными лицами (бред инсценировки, бред двойника). Отмечается дезориентировка в месте и времени и двойная ориентировка в собственной личности, больной понимает, что он находится в больнице, но в то же время — командир космического корабля, несущегося в другие галактики, а окружающие его пациенты и медицинский персонал воспринимаются как коллеги-космонавты и встречающие корабль представители иных цивилизаций.

Поведение больного, находящегося в онейроидном состоянии, резко контрастирует с его фантастической псевдогаллюцинаторно-бредовой симптоматикой — он обычно неподвижно лежит в постели, закрыв глаза, иногда совершает «летательно-плавные» движения руками, наблюдая за своими фантастическими приключениями как бы со стороны. При этом нарушается восприятие времени и собственного возраста больного — ему кажется, что он находится в полете уже несколько световых лет, за это время он несколько раз умирал и возрождался путем клонирования, его последнему «Я» уже несколько сотен лет.

***2. Клиническая картина неврастении.***

Основными клиническими проявлениями неврастении является раздражительная слабость. Больные жалуются на утомляемость, слабость, снижение работоспособности. У многих пациентов возникает гиперестезия к зрительным, слуховым и даже тактильным раздражителям. Заметно нарушается сон. Одни пациенты не могут долго заснуть, другие быстро засыпают, но в обоих случаях сон поверхностный с частыми пробуждениями и отсутствием чувства отдыха после сна. Одной из постоянных жалоб больных является головная боль разного типа (сдавление, стягивание, покалывание), очень неприятная для пациентов. Головная боль обычно усиливается после физического и умственного напряжения. У многих больных возникают неприятные ощущения в разных органах. Ипохондрические симптомы нередко сопровождают другие симптомы неврастении. В ходе болезни могут наблюдаться гипостеническая (когда преобладает астения) и гиперстеническая (когда преобладает раздражительность) формы.

***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.