***1. Депрессивный синдром.***

*Депрессивный*: триада – выраженная тоска (душевная боль) + подавленное мрачное настроение с оттенком витальности (тяжесть в области сердца, средостения или эпигастрии) + интеллектуальная / моторная заторможенность. Дополнительно: пессимистическая оценка настоящего, прошлого и будущего → голотимные сверхценные/бредовые идеи виновности, самоунижения, греховности, ↓самооценка, нарушения самосознания активности, витальности, идентичности → суицидальные мысли и действия / расстройства сна (бессонница, агнозии сна, частые пробуждения).

***2. Определение понятия «посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР). Клинические особенности ПТСР.***

Это тяжёлое психическое состояние, которое возникает как отсроченная или затяжная реакция на стрессовое событие или ситуацию исключительно угрожающего или катастрофического характера, которые способны вызвать дистресс почти у любого человека (катастрофы, войны, пытки, терроризм, сексуальное насилие, угроза смерти).

Тревожно-фобические состояния с плаксивостью, кошмарами, дереализацией, деперсонализационными нарушениями → наплывы неприятных воспоминаний, связанных с психотравмой, нередко навязчивого характера → эмоциональная подавленность, социальная отчужденность, ангедония, замкнутость, иногда злобность, внешние немотивированные вспышки агрессии → начинают злоупотреблять алкоголем, наркотиками, токсичными веществами. Характерные тревога, тоска, чувство собственной вины, бесполезности своей жизни, суицидальные мысли. У многих → страх засыпания (во сне – «переживают трагедию»).

Выделяют *острый* (<3 мес), *хронический* (>3 мес), *с отсроченным началом* (6 мес.+ после действия стрессового фактора). Часты коморбидные расстройства: депрессия, признаки генерализованного тревожного расстройства, фобии, зависимость от алкоголя.

***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. Депрессивный синдром.***

Классический депрессивный синдром включает депрессивную триаду: выраженную тоску, подавденное мрачное настроение с оттенком витальности; интеллектуальную или моторную заторможености. Безысходная тоска нередко переживается как душевная боль, сопровождается тягостными-ощущениями пустоты, тяжести в области сердца, средостения или эпигастральной области. Дополнительные симптомы — пессимистическая оценка настоящего, прошлого и будущего, достигающая степени голотимных сверхценных или бредовых идей виновности, самоунижения, самообвинения, греховности, пониженная самооценка, нарушения самосознания активности, витальности, простоты, идентичности, суицидальные мысли и действия, расстройства сна в виде бессонницы, агнозии сна, поверхностного сна с частыми пробуждениями.

Депрессивные синдромы

Типичные депрессивные синдромы.

Имеются варианты:

Субдепрессивный (непсихотический) синдром.

Ведущим симптомом выступает нерезко выраженная тоска с оттенком грусти, скуки, некоторой подавленности, угнетенности, легкой тревоги, пессимизма. Обязательные симптомы — гипобулия и замедление ассоциативного процесса — в силу незначительности в большей степени переживаются больным субъективно и мало заметны при объективном наблюдении. Гипобулия проявляется чувством вялости, утомленности, физической и психической усталости, несколько снижается продуктивность. Замедление ассоциативного процесса выражается в виде субъективного чувства снижения психической активности, ухудшения памяти, затруднения в подборе слов. Больные к своему состоянию критичны полностью.

Депрессивный (психотический) синдром, депрессия классического типа. Ведущим симптомом является выраженная тоска с оттенком витальности, соответствующей мимикой, позой, жестикуляцией. Обязательные симптомы — гипобулия, гипокинезия, замедление темпа мышления. Дополнительные симптомы — пессимистическая оценка своего прошлого, настоящего и будущего, достигающая степени голотимических идей виновности, греховности, самообвинения, самоуничижения, суицидальные мысли и действия. Сочетание типичных депрессивных синдромов с признаками эндогенности свойственно для депрессивной фазы маниакально-депрессивного психоза; психогенное (кататимное) содержание симптоматики при отсутствии признаков эндогенности обычно встречается при реактивных депрессиях.

Атипичные депрессивные синдромы. Имеются

варианты:

Субдепрессивные (непсихотические) синдромы

Астеносубдепрессивный синдром» Ведущий симптом — нерезко выраженная тоска с ощущением потери жизненного тонуса и активности. В структуре его обязательные симптомы значительно преобладают над ведущими: физическая и психическая утомляемость, истощаемость, слабость, определяемые объективно. Имеют место эмоциональная и психическая гиперестезия, эмоциональная лабильность, истощаемость, отвлекаемость и рассеянность внимания. Понижается самооценка собственных интеллектуальных и мне-стических способностей.

Наиболее типичен для заболеваний резвдуальио-органичес-кой природы. Может встречаться при маниакально-депрессивном психозе, циклотимии и некоторых вариантах приступообразно протекающей шизофрении.

Адинамическая субдепрессия. Ведущий симптом — тоска без витального компонента, переживаемая больным как безразличие. Нередко больные субъективно отмечают у себя снижение эмоциональной откликаемости (сужение эмоционального резонанса), но от этого не страдают. На первый план выступают обязательные симптомы, в основном и приковывающие внимание пациентов. Они жалуются на вялость, отсутствие желаний, чувство физического бессилия. Волевая активность снижена, но гипокинезия активно и объективно не определяется. Факультативным симптомом выступает сонливость.

Встречается при некоторых формах шизофрении как самостоятельный приступ или на этапах развития более сложных приступов.

Анестетическая субдепрессия. Ведущий симптом — тоска с изменением аффективного резонанса. Имеет место субъективно-мучительное переживание утраты способности испытывать чувства. Больные жалуются на исчезновение чувства близости, любви, неприязни, симпатии, антипатии и т. п. Обязательный симптом — гипобулия со снижением побуждений к деятельности. Дополнительные симптомы — тревога, иногда сопровождающаяся ажитацией. Факультативными симптомами выступают явления дереализации, рефлексия.

Встречается при атипичных маниакально-депрессивном психозе и циклотимии, приступообразной шизофрении.

Ларвирозаниые (маскированные, соматизиро-ванные, депрессивные эквиваленты) депрессии (ЛД) — группа атипичных субдепрессивных синдромов. Их сутью является то, что ведущий симптом — тоска — не находит отражения в субъективных переживаниях больного и его жалобах. Подавляющий удельный вес в этих переживаниях занимают факультативные симптомы (сенестопатии, парестезии, алгии, навязчивости, вегетовисцеральные и сексуальные расстройства), которые маскируют аффект тоски. Последняя, как правило, выявляется лишь при направленном опросе врача и носит оттенок неуверенности в своих силах и возможностях. Возникает чувство потери свежести, бодрости, энергии. Незначительно выраженное идеаторное торможение проявляется некоторым замедлением темпа и недостаточной модальностью речи, субъективным чувством некоторой интеллектуальной слабости. Имеются элементы гипокинезии, больной ощущает беспомощность, потерю перспективы, Структура и выраженность факультативных симптомов определяют различные варианты ЛД (Десятников В.Ф., 1979).

AmiHecKU-cemcmonamuHecmu вариант ЛД. Факультативные симптомы представлены разнообразными сенестопатиями, в большинстве случаев с алгическим компонентом. Они являются основным содержанием жалоб пациентов. В зависимости от их преимущественной локализации выделяют це-фалгический, кардиалгический и абдоминальный подвиды.

Агрипническый вариант ЛД. На первое место выступают упорные жалобы больных на разнообразные нарушения сна: затруднения засыпания, поверхностный сон, раннее пробуждение, отсутствие чувства отдыха после сна, и т. п.

Вегетовисцеральный вариант ЛД. Наиболее тягостны для больных вегетовисцеральные расстройства: лабильность пульса и АД, дипноэ, тахипноэ, чувство озноба или жара, гипергидроз, субфебрильная температура, дизурические явления, ложные позывы на дефекацию, метеоризм и т. п. По приступообразному характеру и структуре они могут напоминать диэнцефальные или гипоталамические пароксизмы, эпизоды бронхиальной астмы или вазомоторных аллергических расстройств.

Обсессивно-фобический вариант ЛД. На первый план выступают разнообразные навязчивости, чаще нозофобии.

Наркоманический вариант ЛД. Возникает в результате случайного или преднамеренного сочетания алкогольного или наркотического опьянения с субдепрессией, что приводит к временному облегчению субъективного состояния больных. Прием алкоголя или наркотиков начинает носить систематический (иногда ежедневный) характер, нередко повышается толерантность. Все это может напоминать большой наркоманический синдром, психическую или физическую зависимость от действия алкоголя или наркотиков. Однако всегда удается обнаружить первичность аффективных расстройств и распознать симптоматический характер алкоголизации и наркотизации, исчезающий, как правило, по окончании ЛД.

Вариант ЛД с нарушениями в сексуальной сфере (периодическая импотенция). Внимание больных приковано к одному из проявлений субдепрессии — ухудшению половой функции (снижение, порой исчезновение либидо, аноргазмия, фригидность и т. п.), что и составляет основное содержание жалоб.

Диагностика ЛД представляет большие трудности, так как в жалобах представлены лишь факультативные симптомы и обычно нет указаний на ведущие и обязательные, которые таким образом как бы маскируются. Выявление ЛД требует активной деятельности врача. Следует помнить, что большинство пациентов обращаются к интернистам, у которых долго и безрезультатно лечатся.

Все варианты ЛД имеют общие признаки.

При направленном расспросе всегда удается выявить комплекс гипотимических расстройств и признаки эндогеннос-ти (суточные колебания выраженности ведущего, обязательных и факультативных симптомов, повторяемость, периодичность, сезонную предпочтительность, аутохтонность возникновения ЛД, склонность к артериальной гипертензии, тахикардии, запорам, нарушениям менструального цикла, изменению массы тела, миозу, гипергликемии и т. п.), а также наследственную отягощенность аффективными расстройствами, суицидами, психическими заболеваниями. Наряду с ЛД в анамнезе или катамнезе у этих больных обычно удается обнаружить подобные состояния или более типичные депрессивные, реже — маниакальные или гипоманиакальные периоды. Диагностическое значение имеет критерий терапевтического эффекта. Лечение этих больных как соматических не дает результата, операции и санаторно-курортное лечение неэффективны, тогда как назначение антидепрессантов быстро и резко улучшает, а иногда и купирует состояние.

Встречается при некоторых вариантах приступообразной шизофрении, при инволюционных депрессиях, циклотимии.

**2. Определение понятия «посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР). Клинические особенности ПТСР.**

Это тяжёлое психическое состояние, которое возникает как отсроченная или затяжная

реакция на стрессовое событие или ситуацию исключительно угрожающего или катастрофического характера, которые способны вызвать дистресс почти у любого человека (катастрофы, войны, пытки, терроризм, сексуальное насилие, угроза смерти и т.д).

Тревожно-фобические состояния с плаксивостью, кошмарами, дереализацией, деперсонализационными нарушениями → наплывы неприятных воспоминаний, связанных с психотравмой, нередко навязчивого характера → эмоциональная подавленность, социальная отчужденность, ангедония, замкнутость, иногда злобность, проявляются внешние немотивированные вспышки агрессии → начинают злоупотреблять алкоголем, наркотиками, токсичными веществами. Характерные тревога, тоска, чувство собственной вины, бесполезности своей жизни, суицидальные мысли. У многих

больных возникает страх засыпания, так как нередко во сне они "переживают трагедию".

Выделяют острый (менее 3 мес) и хронический (более 3 мес) течение ПТСР и вариант с

отсроченным (через 6 мес после действия стрессового фактора) началом. Достаточно часто диагностируют коморбидные расстройства:депрессия, признаки генерализованного тревожного расстройства, фобии, зависимость от алкоголя.

***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.