

**Матеріали і методи дослідження.** На базі КУ «Обласна клінічна психіатрична лікарня» ЗОР обстежено 30 хворих на шизофренію (F20) з obsesivними феноменами в структурі захворювання.

Застосовувалися клініко-психопатологічний, психодіагностичний, анамнестичний та катamnестичний методи дослідження.

**Результати дослідження.** Аналіз структури obsesivних явищ у хворих на шизофренію (по суті, псевдоobsesії, етіопсихопатогенез яких лежить у площині параноїдного синдрому) дозволив скласти наступну їх класифікацію щодо змістовного компоненту:

а) псевдоobsesії із автохтонним змістом (збереженою фабулою по відношенню до автохтонної маячної ідеї); фактично, у вигляді нав'язливої виступає автохтонна маячна ідея (53,33 %);

б) псевдоobsesії із недорозвинутою або резидуальною фабулою по відношенню до автохтонної маячної ідеї. У цьому випадку нав'язливі думки і / або нав'язливі дії є наслідком автохтонної маячної ідеї, впливають з неї, сюжетно пов'язані з нею, однак сама маячна ідея не виступає в якості нав'язливої і зазвичай частково амнезується хворим (46,67 %). Зміст передуючої їй маячної ідеї зміст вдається встановити тільки за допомогою детального розпитування з психоаналітичним компонентом.

**Висновки.** Встановлено, що в більшості випадків етіопсихопатогенез obsesivних явищ в структурі шизофренії розміщувався в площині параноїдного синдрому, фактично йшлося про псевдоobsesії, які вдалося розділити щодо змістовного компоненту на псевдоobsesії із автохтонним і резидуальним змістом.

## КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ У БОЛЬНЫХ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ МОЗГОВЫХ ИНСУЛЬТОВ

Дарий И.В., Баранова Е.В., Бирюк В.В.

Научный руководитель: доц. Сикорская М.В.

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра нервных болезней

**Цель.** Выявить параллелизм между компьютерно-томографическими данными и клинико-неврологическими показателями у больных в остром периоде ишемического (ИИ) и геморрагического (ГИ) инсульта.

**Материалы и методы.** Был проведен мета-анализ 131 историй болезни с МИ: ИИ-94, ГИ- 37. Все пациенты были обследованы и проходили лечение в 6-й клинической городской больнице. Больным было проведено неврологическое обследование (тяжесть состояния оценивали по шкале NIHSS), компьютерная томография (КТ), где учитывались объем очага (ОО) и смещение срединных структур (ССС). КТ головного мозга проводилось на томографе «Siemens SOMATOM Spirit». Объем очага определяли по формуле эллипсоида:  $V = 0,52 \times A \times B \times C$ , где V – объем очага поражения, 0,52 – коэффициент для расчета неправильного эллипса, A, B, и C – его диаметры.

**Результаты исследования.** Было установлено, что при ИИ из 34 пациентов, у которых ОО был менее 25 см<sup>3</sup>, ни у кого не было СССР; из 30 больных с ОО более 25 и менее 100 см<sup>3</sup>, смещение было у 7 (23,3%); из 10 пациентов с ОО более 100 см<sup>3</sup>, смещение было у 8 (80%). Из 94 больных ИИ у 15 исследуемых (15,9%) было выявлено СССР, их ОО составил в среднем 107,24 см<sup>3</sup>. При ГИ из 37 больных у 22 пациентов (59,5%) было СССР, их ОО в среднем составил 37,6 см<sup>3</sup>. У 19 исследуемых (86,4%) из 22 было определено, что очаг локализовался в непосредственной близости от срединных структур.

**Выводы.** 1) Частота смещения срединных структур прямо-пропорциональна объему очага при ИИ. 2) У больных ИИ угроза смещения срединных структур возникает при объеме очага более 25 см<sup>3</sup>, что может быть одним из критериев прогноза развития дислокационного синдрома. 3) При ГИ смещение наступает чаще при меньшем объеме очага, чем при ИИ. Это связано с тем, что при ГИ имеет значение не столько объем очага, как его локализация: не зависимо от объема, смещение срединных структур прямо-пропорционально тому, насколько близко располагается очаг к срединным структурам.