

9. Turchin VN. [Probability theory and mathematical statistics. Basic concepts, examples and tasks]. Dnipropetrovsk: IMA-PRESS. 2012;576. Russian.

10. Cao Y, Zhang Z, Zheng Y, Yuan W, Wang J, Liang H, Chen J, Du J. The association of idiopathic recurrent early pregnancy loss with polymorphisms in

folic acid metabolism-related genes. Genes and nutrition. 2014;9(3):1-8.

11. Larciprete G, Rossi F, Deaibess T. Double inherited thrombophilias and adverse pregnancy outcomes: fashion or science? J. Obstet. Gynaecol. Res. 2010;36(5):996-1002.

Стаття надійшла до редакції
23.12.2014



УДК 616.24-007.272-036.1-002.1:615.859

К.Ю. Гашинова

ЗАГОСТРЕННЯ ХОЗЛ: ФАКТОРИ, ЩО ВЛИВАЮТЬ НА ТРИВАЛІСТЬ ГОСПІТАЛІЗАЦІЙ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра факультетської терапії та ендокринології
(зав. – член-кор. НАМН України, д. мед. н., проф. Т.О. Перцева)
вул. Дзержинського, 9, Дніпропетровськ, 49044, Україна
SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»
Department of faculty therapy and endocrinology
Dzerzhinsky str., 9, Dnipropetrovsk, 49044, Ukraine
e-mail: gashynova@mail.ru

Ключові слова: ХОЗЛ, загострення, госпіталізація
Key words: COPD, exacerbation, hospitalisation

Реферат. Обострение ХОБЛ: факторы, влияющие на длительность госпитализаций. Гашинова Е.Ю.
Изучение причин удлинения сроков госпитализации при обострении ХОБЛ может способствовать оптимизации лечения, снижению затрат на пациента и позволит избежать повторения таких эпизодов. Целью работы было определение показателей, влияющих на длительность пребывания в стационаре пациентов в связи с обострением ХОБЛ. Проведен ретроспективный анализ историй болезней стационарных больных, госпитализированных с диагнозом «обострение ХОБЛ» в терапевтическое отделение КУ «Днепропетровская шестая городская клиническая больница» Днепропетровского областного совета на протяжении трех лет. Установлено, что возраст, рост, количество сопутствующих заболеваний, наличие каких-либо симптомов или изменений в лабораторных анализах не влияют на длительность госпитализаций вследствие обострения ХОБЛ. Независимо от частоты поступлений в стационар, длительность пребывания в отделении умеренно позитивно и достоверно коррелирует со стадией заболевания ($R = 0,516$, $p < 0,001$). Снижение показателей функции внешнего дыхания, особенно $ОФВ_1$, достоверно увеличивает сроки пребывания в стационаре как при однократной ($R = -0,457$, $p < 0,001$), так и при многократной госпитализации в течение трех лет ($R = -0,512$, $p < 0,001$). Сниженный избыточный вес и индекс массы тела во время госпитализации являются прогностически неблагоприятными факторами, потому что эти параметры, хотя и слабо, но достоверно негативно коррелируют с количеством дней, проведенных в стационаре ($R = -0,195$, $p = 0,028$ и $R = -0,246$, $p = 0,005$ соответственно). В популяции больных, госпитализированных из-за обострения ХОБЛ, установлена умеренная позитивная достоверная связь ($R = 0,392$, $p < 0,001$) между длительностью пребывания в стационаре и количеством госпитализаций на протяжении трех лет. Зависимость длительности госпитализации при обострении ХОБЛ от пола требует дальнейшего изучения.

Abstract. COPD exacerbation: factors influencing hospitalization duration. Gashynova K.Yu. *Studying the causes of hospitalization prolongation terms in COPD exacerbation may help optimize treatment, reduce expenditures on the patient and avoid episodes relapses. The aim of the work was to determine the factors affecting the length of hospitalization due to COPD exacerbation. A retrospective analysis of medical records of inpatients hospitalized with COPD exacerbation to therapeutic department of CI "Dnipropetrovsk municipal clinical hospital N 6" of "Dnipropetrovsk regional council" during three years was done. It was found that age, height, number of comorbidities, presence of any symptoms or changes in laboratory analyses do not affect the duration of hospitalizations due to COPD exacerbations. Regardless of the frequency of hospital admissions, length of hospitalization moderately positively and reliably correlates with the disease stage ($R = 0,516, p < 0,001$). Decrease of respiratory function indices, especially FEV_1 , significantly increases the length of stay in the hospital both in case of one ($R = -0,457, p < 0,001$) or multiple hospitalization during three years ($R = -0,512, p < 0,001$). Reduced body weight and low body mass index during hospitalization are prognostically unfavorable factors, because these parameters, though weakly, but reliably negatively correlate with the number of days spent in the hospital ($R = -0,195, p = 0,028$ and $R = -0,246$, respectively, $p = 0,005$). In the population of patients hospitalized due to COPD exacerbation, moderately positive reliable correlation ($R = 0,392, p < 0,001$) between the length of hospital stay and number of hospitalizations during three years was established. The dependence of hospitalization duration in COPD exacerbations on patient's gender requires further investigation.*

Загострення є подією великого значення в перебігу хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ), оскільки воно відіграє важливу роль у збільшенні смертності, погіршенні якості життя пацієнтів і зростанні соціальної та економічної вартості хвороби [5, 6, 9, 10]. Серед похилих осіб дестабілізація перебігу ХОЗЛ – один з поширених факторів, який призводить до госпіталізації [14]. На помірні або тяжкі загострення припадає понад 40% коштів системи охорони здоров'я, що призначені на ведення хворих з ХОЗЛ [12]. Неefективне лікування і надмірно тривале перебування у шпиталі є чинниками найбільшої частки витрат внаслідок загострень [6]. Особливої уваги потребують повторні госпіталізації. Встановлено, що при них витрати зазвичай значно вищі, ніж при початковому перебуванні у стаціонарі [8]. Незважаючи на те, що в останні роки з'явилось декілька публікацій стосовно ймовірних чинників виникнення тяжких загострень ХОЗЛ, дані про фактори, що впливають на тривалість перебування у стаціонарі, практично відсутні [7, 8, 11, 14]. Між тим, розуміння предикторів продовження строків госпіталізації при загостренні ХОЗЛ може допомогти оптимізувати лікування, зменшити витрати на хворого та уникнути повторення подібних епізодів.

Метою дослідження було встановлення показників, що впливали на тривалість перебування у стаціонарі хворих на ХОЗЛ внаслідок загострення.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Проведений ретроспективний аналіз історій хвороб стаціонарних хворих, які були госпіталізовані в терапевтичне відділення з пульмонологічними ліжками комунального закладу «Дніпропетровська шоста міська клінічна лікарня»

Дніпропетровської обласної ради» впродовж трьох років.

Критерієм відбору історій до аналізу був верифікований діагноз «загострення ХОЗЛ» відповідно до Наказу №128 МОЗ України від 19.03.2007 р. [3] з урахуванням даних пост-бронходіляційного спірометричного обстеження за умови виконання тестів за міжнародними стандартами якості та рекомендаціями вітчизняних вчених [1, 13].

Критеріями виключення історій хвороб із розбору була наявність клініко-рентгенологічних ознак легеневої інфільтрації, ателектазу легень або ексудату у плевральній порожнині під час госпіталізації.

У всіх хворих вивчалися антропометричні дані (стать, вік, зріст, вага, індекс маси тіла (ІМТ)), медичний анамнез (тривалість захворювання, статус паління, наявність задокументованої супутньої патології), скарги (кашель, характер мокротиння, задишка), результати фізикального огляду (ціаноз, ознаки емфіземи, участь додаткової мускулатури в диханні, дані аускультативної), рентгенографії органів грудної клітки, ЕКГ, спірографічного дослідження з оцінкою показників після проби з бронходіляторами (рівень об'єму форсованого видиху за першу секунду ($ОФВ_1$), форсованої життєвої ємності легень ($ФЖЄЛ$) та співвідношення $ОФВ_1/ФЖЄЛ$), дані загального аналізу крові, загального аналізу сечі, рівень загального та С-реактивного білків у сироватці крові при надходженні до відділення. Ключовими точками цього етапу дослідження були наявність або відсутність повторної госпіталізації та тривалість перебування у стаціонарі у зв'язку із загостренням ХОЗЛ.

За даними, що отримувались у ході проведеного аналізу, планувалось визначення чинників,

які призводили до збільшення тривалості перебування у стаціонарі у зв'язку із загостренням ХОЗЛ. Отримані результати були оброблені із застосуванням описової та аналітичної статистики за допомогою програми «STATISTICA 6.1» (StatSoft Inc., USA, серійний № AGAR909 E415822FA) [2, 4]. Залежність між показниками (кількісними, якісними) оцінювалась за допомогою коефіцієнта кореляції Спірмена (R) незалежно від їх розподілу. Для оцінки вірогідності відмінностей між коефіцієнтами кореляції в двох групах використовувалась опція «тест відзнак для коефіцієнтів кореляцій». При аналізі всіх типів даних значущими вважались відмінності між групами при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

До остаточного аналізу були відібрані 162 історії хвороби, в яких діагноз загострення ХОЗЛ, що потребує госпіталізації, був підтверд-

жений як клініко-анамнестичними, так і спірометричними показниками, та в яких були відсутні ознаки критеріїв виключення.

При детальному аналізі всіх загострень ХОЗЛ, що потребували госпіталізації, з'ясовано, що у 112 випадках ($69,14 \pm 3,63\%$) хворі були госпіталізовані лише одноразово протягом трьох років. Однак майже третя частина епізодів перебування у стаціонарі через загострення ХОЗЛ – 50 ($30,86 \pm 3,63\%$) – була зумовлена госпіталізацією одних і тих пацієнтів.

Таким чином, для наступного етапу аналізу нами було виділено дві групи хворих: група I (112 осіб) – ті, які були госпіталізовані одноразово, та група II (19 осіб) – ті, які були госпіталізовані внаслідок загострення ХОЗЛ два і більше разів протягом трьох років. Обидві групи були порівняні за статтю, віком та антропометричними даними (табл. 1).

Таблиця 1

Антропометричні дані хворих, які були госпіталізовані внаслідок загострення ХОЗЛ

| Показники | Група I (n = 112) | Група II* (n = 19) | p |
|----------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| Стать: | | | |
| 1) чоловіки, n (P [95% CI]) | 79 (0,71 [0,62-0,78]) | 16 (0,84 [0,60-0,96]) | 0,239 |
| 2) жінки, n (P [95% CI]) | 33 (0,29 [0,22-0,38]) | 3 (0,16 [0,05-0,40]) | 0,239 |
| Вік Med [25 %-75 %], роки | 65,00 [55,00-69,00] | 59,00 [53,00-73,00] | 0,882 |
| Зріст $M \pm SD$, см | 169,45 \pm 8,46 | 171,26 \pm 8,01 | 0,387 |
| Вага Med [25 %-75 %], кг | 75,00 [69,00-85,00] | 70,00 [60,00-90,00] | 0,253 |
| ІМТ Med [25 %-75 %], кг/м ² | 26,12 [23,62-29,73] | 25,71 [20,78-28,38] | 0,137 |

Примітка. * – дані групи II наведені для першої зареєстрованої госпіталізації.

При проведенні кореляційного аналізу, перше, оцінювались показники з усіх історій хвороб у цілому, по-друге, – окремо у групах порівняння.

Для всіх випадків надходження до терапевтичного відділення встановлено позитивний помірний ($R = 0,516$) достовірний ($p < 0,001$) кореляційний зв'язок між стадією захворювання та тривалістю перебування у стаціонарі (рис. 1).

Аналогічні дані були отримані при проведенні аналізу окремо по групах. Так, серед госпіталізованих одноразово $R = 0,472$ ($p < 0,001$), а в

тих, хто потрапляв до стаціонару багаторазово – $R = 0,696$ ($p = 0,001$). Хоча на перший погляд зв'язок у групі II здавався сильнішим, при статистичній обробці даних було встановлено, що коефіцієнти кореляції Спірмена достовірно не відрізнялись між групами ($p = 0,198$).

Оскільки було виявлені, що стадія захворювання впливатиме на строки перебування у стаціонарі при загостренні ХОЗЛ, наступними вагомими факторами, які могли б зумовити тривалість госпіталізації, очікувано були значення показників функції зовнішнього дихання.

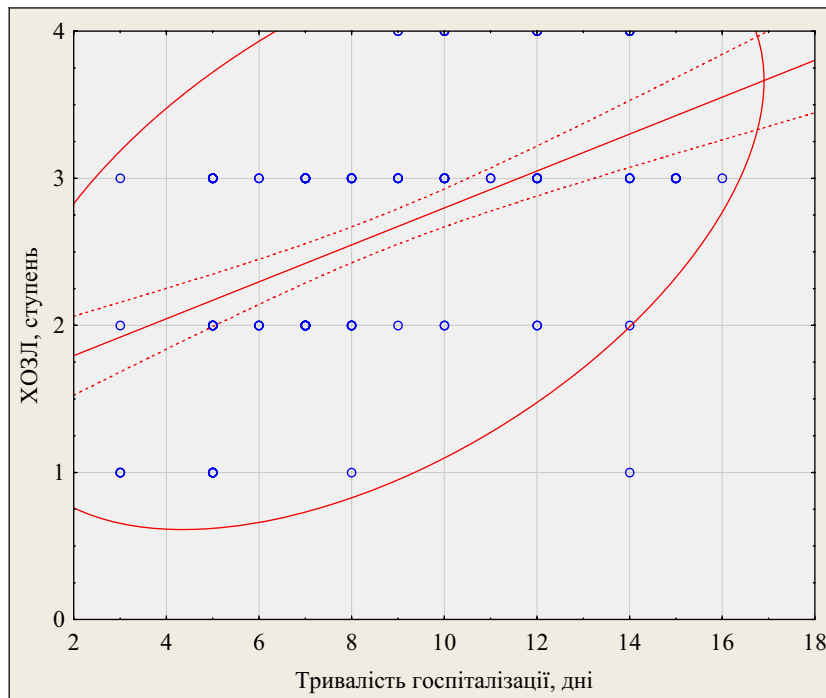


Рис. 1. Дані аналізу кореляційного зв'язку між ступенем тяжкості захворювання та тривалістю госпіталізації у хворих із загостренням ХОЗЛ

У цілому в популяції госпіталізованих через загострення ХОЗЛ зменшення значень основних показників функції зовнішнього дихання призвело до більш довгої госпіталізації. Для $ОФВ_1$ – $R = -0,512$ ($p < 0,001$); для $ФЖЄЛ$ – $R = -0,421$ ($p < 0,001$); для $ОФВ_1/ФЖЄЛ$ – $R = -0,354$ ($p < 0,001$). Притому дещо вагомішим виглядає зв'язок між зниженням $ОФВ_1$ і пролонгацією перебування в лікарні.

При розгляді кореляційних відносин між показниками функції зовнішнього дихання та тривалістю перебування у стаціонарі в групах з різною частотою госпіталізацій одержані результати були ідентичні даним у цілої популяції (табл. 2). Вірогідних відмінностей між групами за силою кореляційного зв'язку встановлено не було.

Таблиця 2

Дані аналізу кореляційного зв'язку між тривалістю госпіталізації та показниками функції зовнішнього дихання у групах хворих із загостренням ХОЗЛ

| Показники | Тривалість госпіталізації у групі I (n = 112) | | Тривалість госпіталізації у групі II* (n = 19) | | p |
|-----------------------------|-----------------------------------------------|---------|------------------------------------------------|---------|-------|
| | R | p | R | p | |
| ОФВ₁ | -0,457 | < 0,001 | -0,512 | < 0,001 | 0,771 |
| ФЖЄЛ | -0,383 | < 0,001 | -0,421 | < 0,001 | 0,859 |
| ОФВ₁/ФЖЄЛ | -0,279 | 0,003 | -0,354 | < 0,001 | 0,772 |

Примітка. * – дані групи II наведені для першої зареєстрованої госпіталізації.

Ще одними факторами подовження строків перебування у відділенні виявились зниження загальної ваги та ІМТ. Так, для усіх хворих, що були госпіталізовані через загострення ХОЗЛ, встановлений слабкий, але достовірний нега-

тивний кореляційний зв'язок між тривалістю госпіталізації та вагою ($R = -0,195$, $p = 0,028$). Аналогічні показники отримані й для ІМТ ($R = -0,246$, $p = 0,005$) (рис. 2).

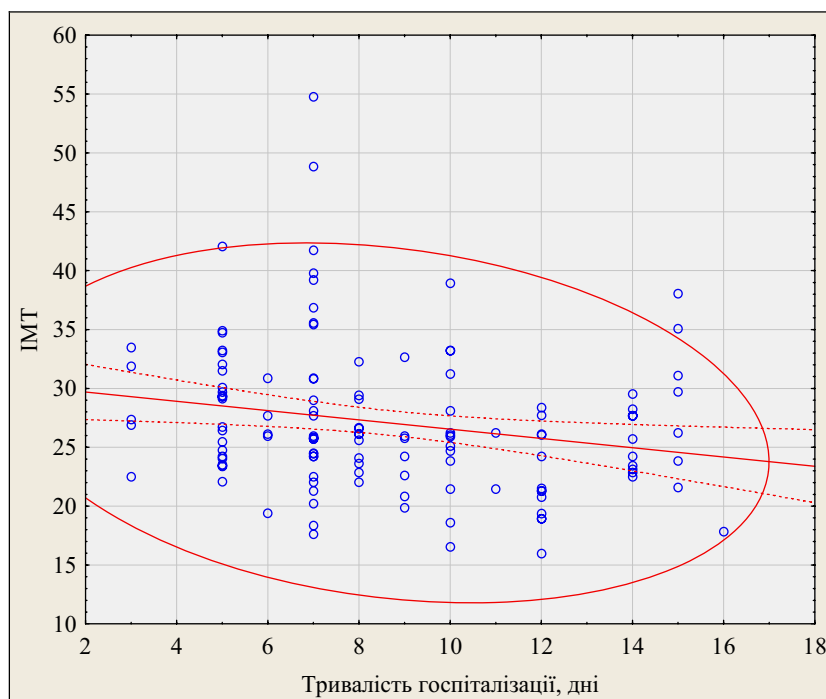


Рис. 2. Дані аналізу кореляційного зв'язку між тривалістю госпіталізації та ІМТ у хворих із загостренням ХОЗЛ

Приблизно такі ж самі дані були отримані при проведенні кореляційного аналізу по групах. Проте лише для хворих, які були госпіталізовані одноразово, встановлений зв'язок був достовірним (для ваги – $R = -0,219$, $p = 0,023$, для ІМТ – $R = -0,242$, $p = 0,011$).

Згідно з отриманими результатами кореляційного аналізу, в цілому у популяції хворих, які були госпіталізовані, встановлений помірний позитивний вірогідний зв'язок ($R = 0,392$, $p < 0,001$) між тривалістю перебування у стаціонарі та кількістю госпіталізацій через загострення ХОЗЛ протягом трьох років. При цьому слід зазначити, що окремо в групі II такого зв'язку встановлено не було ($p = 0,795$). Вочевидь, тривалість госпіталізації внаслідок загострення ХОЗЛ збільшується при наявності самого факту багаторазового потрапляння до стаціонару незалежно від кількості повторних госпіталізацій.

Нами не було встановлено достовірного вагомego впливу віку, зросту, кількості супутніх захворювань, клінічних симптомів, показників загального та біохімічного аналізу крові на тривалість госпіталізацій при загостренні ХОЗЛ ані в цілому у популяції хворих, ані окремо по групах ($p > 0,05$).

У ході порівняння тривалості госпіталізації в осіб різної статі виявлено, що в цілому серед хворих, госпіталізованих через загострення ХОЗЛ, чоловіки знаходились у стаціонарі віро-

гідно довше ($p = 0,039$), ніж жінки – 8,00 [7,00-12,00] та 7,00 [5,00-10,00] днів відповідно. Така ж тенденція зберігалася й при окремому аналізі в групах 1 та 2, проте зазначені відмінності були невірогідними ($p = 0,492$ та $p = 0,128$ відповідно), найімовірніше, через малу загальну кількість жінок.

ВИСНОВКИ

1. Вік, зріст, кількість супутніх захворювань, наявність будь-яких клінічних симптомів чи змін показників загального та біохімічного аналізу крові не впливають на тривалість госпіталізацій при загостренні ХОЗЛ ані в цілому у популяції, ані окремо по групах з різною кількістю госпіталізацій протягом минулих трьох років.

2. Незалежно від частоти надходження до стаціонару внаслідок загострення ХОЗЛ, тривалість перебування в лікарні помірно позитивно й достовірно корелює зі стадією захворювання ($R = 0,516$, $p < 0,001$).

3. Зниження показників функції зовнішнього дихання, особливо ОФВ1, вірогідно збільшує строки перебування у стаціонарі як при одноразовій госпіталізації ($R = -0,457$, $p < 0,001$), так і при потраплянні до стаціонару декілька разів ($R = -0,512$, $p < 0,001$).

4. Знижена загальна вага та ІМТ при потраплянні до стаціонару є прогностично несприятливими факторами в аспекті тривалого перебування в лікарні, тому що хоча й слабо, але

вірогідно негативно корелюють з кількістю днів, проведених у стаціонарі ($R = -0,195$, $p = 0,028$ та $R = -0,246$, $p = 0,005$ відповідно).

5. У популяції хворих, що були госпіталізовані через загострення ХОЗЛ, встановлений помірний позитивний вірогідний зв'язок

($R = 0,392$, $p < 0,001$) між тривалістю перебування у стаціонарі та кількістю госпіталізацій протягом трьох років.

6. Вплив статі на тривалість госпіталізації при загостренні ХОЗЛ потребує подальшого вивчення.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Інструментальні методи дослідження функції зовнішнього дихання при захворюваннях бронхолегеневої системи: метод. рекомендації / Ю.М. Мостовий, Т.В. Константинович-Чічерельо, О.М. Колошко, Л.В. Распутіна. – Вінниця, 2000. – 36 с.

2. Лапач С.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С.Н. Лапач, А.В. Губенко, П.Н. Бабич. – К.: Морион, 2000. – 320 с.

3. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Ппульмонологія": наказ МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р. / Міністерство охорони здоров'я України. Офіц. вид. – К., 2007. – 146 с.

4. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О.Ю. Реброва. – М.: Медиа-сфера, 2002. – 312 с.

5. Фещенко Ю.И. Новая редакция глобальной инициативы по ХОЗЛ / Ю.И. Фещенко // Укр. пульмонол. журнал. – 2012. – № 2. – С. 6–8.

6. Acute exacerbations of COPD in the United States: inpatient burden and predictors of costs and mortality / P.N. Perera, E.P. Armstrong, D.L. Sherrill, G.H. Skrepnek // COPD. – 2012. – N 9. – P.131–141.

7. Baker Christine L. Risk assessment of readmissions following an initial COPD-related hospitalization / Christine L. Baker, Kelly H. Zou, Jun Su R // Inter. J. COPD. – 2013. – N 8. – P. 551–559.

8. Elixhauser A. Readmissions for Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 2008 [Electronic Resource] /

A. Elixhauser, D. Au, J. Podulka. – HCUP Statistical Brief # 121. September 2011. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Режим доступу: <http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb121.pdf>

9. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Diseases (GOLD). Global strategy for diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO workshop report [Electronic Resource] / WHO, 2011. – Режим доступу: <http://www.goldcopd.com/>.

10. Natural history of chronic bronchitis and emphysema / C.M. Fletcher, R. Peto, C.M. Tinker, F.E. Speizer. – Oxford: Oxford University Press, 1976. – 272 p.

11. Prediction model for COPD readmissions: catching up, catching our breath, and improving a national problem / A. Bravein, K. Lukasz, P. Arvin [et al.] // J. Community Hospital Inter. Med. Perspect. – 2012. – Vol. 2, N 1. – P. 302–304.

12. Risk Factors of Readmission in Acute Exacerbation of Moderate-to-Severe Chronic Obstructive Pulmonary Disease / C. González, E. Servera, G. Ferris, M.L. Blasco [et al.] // Arch. Bronconeumologia. – 2004. – Vol. 40, Issue 11. – P. 502–507.

13. Series ATS/ERS task force: Standardisation of lung function testing [Text] / V. Brusasco [et al.] // Eur. Resp. J. – 2005. – Vol. 26. – P. 319–338.

14. Trends in hospitalization with chronic obstructive pulmonary disease – United States, 1990–2005 / D.W. Brown, J.B. Croft, K.J. Greenlund, W.H. Giles // COPD. – 2010. – N 7. – P. 59–62.

REFERENCES

1. Mostoviy YuM, Konstantinovich-Chicherel'o TV, Koloshko OM, Rasputina LV. [Respiratory function testing in patients with broncho-pulmonary diseases]. Vinnitsya; 2000. Russian.

2. Lapach SN, Gubenko AV, Babich PN. [Statistic methods in medical-biological investigations by means of Excel] Kiev: Morion; 2000. Russian.

3. [On approval of clinical protocols of care in the specialty "Pulmonology"]: Order №128 MoH of Ukraine (March 19, 2007). Ukrainian.

4. Rebrova OYu. [Statistical analysis of medical data. Application of software package STATISTICA] Moscow: Mediasphera; 2002. Russian.

5. Feshchenko YuI. [New edition of Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Diseases]. Ukrain's'kiy pul'monologichniy zhurnal. 2012;2: 6–8. Russian.

6. Perera PN, Armstrong EP, Sherrill DL, Skrepnek GH. Acute exacerbations of COPD in the United States: inpatient burden and predictors of costs and mortality. COPD. 2012;9:131–41.

7. Baker CL, Zou KH, R JunSu. Risk assessment of readmissions following an initial COPD-related hospitalization. International Journal of COPD. 2013;8: 551–9.

8. Elixhauser A, Au D, Podulka J. Readmissions for Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 2008. HCUP Statistical Brief # 121. September 2011. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. [cited 2014 Aug 15]; [about 2 p.]. Available from: <http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb121.pdf>

9. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Diseases (GOLD). Global strategy for diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary

disease. NHLBI/WHO workshop report WHO, 2011. [cited 2014 Aug 15]; Available from: <http://www.gold-copd.com/>.

10. Fletcher CM, Peto R, Tinker CM, Speizer FE. Natural history of chronic bronchitis and emphysema. Oxford: Oxford University Press; 1976.

11. Bravein AA, Lukasz K, Arvin P, et al. Prediction model for COPD readmissions: catching up, catching our breath, and improving a national problem. *Journal of Community Hospital Internal Medicine Perspectives*. 2012;2(1):302-4.

12. González C, Servera E, Ferris G, Blasco ML, Marína J. Risk Factors of Readmission in Acute Exacerbation of Moderate-to-Severe Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Archivos de Bronconeumologia*. 2004;40(11):502-7.

13. Brusasco V, et al. Series ATS/ERS task force: Standardisation of lung function testing. *European Respiratory Journal*. 2005;26:319-38.

14. Brown DW, Croft JB, Greenlund KJ, Giles WH. Trends in hospitalization with chronic obstructive pulmonary disease – United States, 1990-2005. *COPD*. 2010;7:59-62.

Стаття надійшла до редакції
19.12.2014



УДК 616.89-008.454-036-056.83

И.Д. Спирина¹,
С.Ф. Леонов¹,
Т.И. Шустерман¹,
Я.С. Варшавский²

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЧЕСКОГО ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА У ЛИЧНОСТИ, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩЕЙ АЛКОГОЛЕМ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»¹

кафедра психиатрии, общей и медицинской психологии

(зав. – д. мед. н., проф. И.Д. Спирина)

ул. Дзержинского, 9, Днепропетровск, 49044, Украина

КУ «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница» Днепропетровского областного совета»²

(гл. врач – к. мед. н. Ю.Н. Завалко)

ул. Бехтерева, 1, Днепропетровск, 49115, Украина

SE "Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine"¹

Department of Psychiatry, General and Medical Psychology

Dzerzhinsky str., 9, Dnepropetrovsk, 49044, Ukraine

e-mail: kromp@yandex.ru

CI «Dnipropetrovsk clinical psychiatric hospital of Dnipropetrovsk regional council»²

Bekhterev str., 1, Dnepropetrovsk, 49115, Ukraine

e-mail: dkpl@i.ua

Ключевые слова: депрессия, органическое расстройство, злоупотребление алкоголем

Key words: depression, organic disorder, abusing alcohol

Реферат. Клініко-психопатологічні особливості органічного депресивного розладу в особи, яка зловживає алкоголем (клінічний випадок). Спірина І.Д., Леонов С.Ф., Шустерман Т.І., Варшавський Я.С. У статті наведено опис клінічного випадку органічного депресивного розладу в особи, яка зазнала черепно-мозкової травми і зловживала алкоголем, з виділенням низки клініко-психопатологічних особливостей. Знижений настрій, уповільнення темпу мислення, порушення сну, зниження самооцінки, іпохондричні тенденції дозволили діагностувати депресивний розлад. Про органічний генез захворювання свідчили дані анамнезу про перенесену контузію головного мозку, а також виявлена при психодіагностичному дослідженні інертність нервово-