

свидетельствует повышение уровней АРУЦ и лизина. Дисбаланс фонда АК полностью нормализуется через 1 сутки ишемии, что, вероятнее всего, объясняется компенсацией ишемии за счет коллатерального кровообращения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Долгосрочные исходы мозгового инсульта в крупной городской популяции Беларуси. / Кулеш С.Д. [и др.] // Вестник ВГМУ. – 2011. – Том 10, №3. – С. 93–101.
2. Кулеш, С.Д. Патогенез ишемического инсульта: Биохимические механизмы и роль нейроактивных аминокислот. / С.Д. Кулеш // Медицинские Новости. – 1998. – № 1. – С. 21–24
3. Кулеш, С.Д. Нейроактивные аминокислоты в остром периоде ишемического инсульта: (клиникоэксперим. исслед.) Автореферат диссертации канд. мед наук: 14.00.13 / С.Д. Кулеш ; Гродн. гос. мед. инт. Гродно, – 1997. – 19 с.
4. Максимович, Н. Е. Роль оксида азота в патогенезе ишемических и реперфузионных повреждений мозга / Н.Е. Максимович // Гродно, ГрГМУ. – 2004. – 180с.
5. Скворцова, В.И. Содержание нейротрансмиттерных аминокислот в спинномозговой жидкости больных острым ишемическим инсультом. / В.И. Скворцова, К.С. Раевский, А.В. Коваленко // Журнал неврологии и психиатрии. – 1999. – №2. – С. 34–38.
6. Fernstrom, J.D. Branched-chain amino acids and brain function. / J.D. Fernstrom // The Journal of Nutrition. – 2005 (Supplement). – P. 1539– 1546.
7. Maksimovich, Ye. N. Epidemiology of ischemic strokes in the Grodno region (Belarus)/ Ye. N. Maksimovich, T.P. Pronko, N. Ye. Maksimovich // Abstr. of the European stroke conference.– Viena. – 2015. – P.178.
8. Maksimovich, N. E. Tolerance of hypoxic hypoxia in rats with cerebral ischemia treated by NO-synthase modulators // Hypoxia medical. – 2004. – V.(1-2). – P. 20–23.
9. Metabolic profiling identifies a BCAA signature in acute cardioembolic stroke. / W.T. Kimberly [et al.] // Stroke. – 2013. № 44. P. 1389–1395.

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ДОСТУПНОСТЬ АЛКОГОЛЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ АЛКОГОЛИЗМА

Разводовский Ю.Е.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. К настоящему времени накоплено много данных, указывающих на то, что повышение цены на алкогольные напитки приводит к уменьшению уровня потребления алкоголя и,

соответственно, снижению уровня связанных с алкоголем проблем [3-6]. Было показано, что, в силу ограниченности финансовых возможностей, лица, злоупотребляющие алкоголем, являются наиболее чувствительной категорией потребителей по отношению к экономической доступности алкоголя [3]. Опрос пациентов, проходивших лечение по поводу алкоголизма, показал, что одним из основных критериев выбора алкогольного напитка является дешевизна [4]. Следовательно, устранение с рынка дешевого алкоголя посредством установления минимальной цены снизит уровень потребления среди тяжело пьющих. В контексте государственной алкогольной политики это значит, что повышение цены алкоголя посредством налогообложения является действенным инструментом, использование которого позволит снизить уровень связанных с алкоголем проблем в обществе. Несмотря на актуальность такого рода исследований, существуют только единичные работы, посвященные влиянию экономической доступности алкоголя на уровень эпидемиологических параметров алкоголизма в бывших Советских республиках [6].

Цель. Сравнительный анализ динамики экономической доступности водки и эпидемиологических параметров алкоголизма Беларуси и России в постсоветский период (с 1991 по 2015 гг.)

Методы исследования. Данные уровня заболеваемости алкоголизмом и алкогольными психозами (в расчете на 100 тыс. населения) получены из статистических отчетов наркологических служб Беларуси и России. Экономическая доступность водки определялась как количество литров водки, которое можно приобрести за среднемесячную зарплату. Статистическая обработка данных (корреляционный анализ по Спирману) проводилась с использованием пакета “STATISTICA”.

Результаты исследования и их обсуждение. В период с 1991 по 2015 экономическая доступность водки в Беларуси выросла в 1,8 раза (с 28,9 до 52,3 литров), в то время как в России данный показатель вырос в 2,5 раза (с 24,2 до 60,9 литров). Средний показатель экономической доступности водки за весь рассматриваемый период был выше в России ($34,8 \pm 20,2$ vs. $48,9 \pm 26,8$). Данный показатель демонстрировал тенденцию линейного роста в обеих странах вплоть до 2010 года, после чего стал снижаться.

Согласно результатам корреляционного анализа по Спирма-

ну, в Беларуси уровень заболеваемости алкоголизмом положительно коррелирует с показателем доступности алкоголя ($r=0,82$; $p < 0,000$). В тоже время, связь между доступностью алкоголя и уровнем заболеваемости алкогольными психозами статистически не значима ($r=0,17$; $p < 0,418$). В России уровень заболеваемости алкоголизмом отрицательно коррелирует с показателем доступности алкоголя ($r=-0,51$; $p < 0,01$), в то время как связь между уровнем заболеваемости алкогольными психозами и показателем доступности алкоголя отсутствует ($r=0,03$; $p < 0,895$).

Неоднозначность полученных данных касается двух аспектов: 1) Характер связи между доступностью водки и эпидемиологическими параметрами алкоголизма различается в обеих странах. 2) Связь между доступностью водки и заболеваемостью алкоголизмом в Беларуси и России имеет противоположную направленность. Что касается первого аспекта, то интерпретация полученных данных тесно завязана на проблеме качества данных эпидемиологических параметров алкоголизма.

Следует отметить, что надежность эпидемиологических параметров алкоголизма является предметом дискуссии, учитывая сложность выявления и постановки на учет больных алкогольной зависимостью [1]. Очевидно, что число учтенных алкоголиков не отражает истинную распространенность этой патологии среди населения, а является лишь верхушкой айсберга. Уровень заболеваемости и болезненности алкоголизмом определяется целым рядом факторов, среди которых уровень потребления алкоголя и активность наркологической службы по выявлению и постановке на учет больных алкогольной зависимостью [1]. В тоже время, уровень заболеваемости алкогольными психозами является более чутким индикатором уровня алкогольных проблем в обществе [2].

Наличие обратной связи между доступностью водки и заболеваемостью алкоголизмом в России на фоне существования тесной положительной связи между этими показателями в Беларуси кажется артефактом. Наиболее вероятным объяснением этого очевидного парадокса является различия в качестве данных статистической отчетности наркологической службы обеих стран. Имеются основания полагать, что данные уровня заболеваемости алкоголизмом более надежны в Беларуси, в то время как уровень заболеваемости алкогольными психозами более точно отражает

реальную алкогольную ситуацию в России [1]. Одной из неучтенных переменных, способных оказать влияние на характер связи между доступностью алкоголя и эпидемиологическими параметрами алкоголизма, может быть потребление незарегистрированного алкоголя. Известно, что уровень потребления незарегистрированного алкоголя находится в обратной связи с уровнем экономической доступности алкоголя [2]. Вместе с тем, употребление незарегистрированного алкоголя и его суррогатов ассоциируется с высоким риском развития алкогольного психоза [1].

Выводы. Представленные данные говорят о том, что на характер связи между доступностью алкоголя и уровнем эпидемиологических параметров алкоголизма оказывает влияние целый ряд дополнительных переменных, которые необходимо учитывать, включая социально-экономические факторы, доступность и качество лечения, потребление неучтенного алкоголя, качество статистических данных. Актуальной проблемой во многих странах бывшего Советского Союза является существование теневого алкогольного рынка, оборот которого не облагается налогом, что существенно затрудняет повышение цены алкоголя посредством налогообложение в качестве действенного инструмента государственной алкогольной политики. Поэтому ценовое регулирование доступности алкоголя должно сочетаться с мерами, направленными на уменьшение его теневого оборота.

ЛИТЕРАТУРА

1. Разводовский, Ю.Е. Продажа алкоголя и эпидемиология алкоголизма в Беларуси. / Ю.Е. Разводовский // Психиатрия. – 2009. – № 2. – С. 35–43.
2. Разводовский, Ю.Е. Алкогольная политика в республике Беларусь на современном этапе. / Ю.Е. Разводовский // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2011. – № 3. – С. 38–45.
3. Chaloupka, F.J. The effects of price on alcohol consumption and alcohol-related problems. / F.J. Chaloupka, M. Grossman, H. Saffer // Alcohol Research & Health. – 2002. – Vol. 26, №1. – P. 22–34.
4. Moskalewicz, J. Affordability and availability, alcohol consumption and consequences of drinking – three decades of experience. / J. Moskalewicz, L. Wieczorek // Alcoholism and Narkomania. – 2009. – Vol.22, №4. – P. 305–337.
5. Razvodovsky, Y.E. Affordability of alcohol and alcohol-related mortality in Belarus. / Y.E. Razvodovsky // Adicciones. – 2013. – Vol.25, № 2. – P. 156–162.

6. Razvodovsky, Y.E. Alcohol affordability and epidemiology of alcoholism in Belarus. / Y.E. Razvodovsky // Alcoholism. – 2013. – Vol.49, № 1. – P. 29–35.

ОЦЕНКА ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ ТОЛЩИНЫ ЖЕЛТОЙ СВЯЗКИ И МЕЖСУСТАВНОГО СВЯЗОЧНОГО РАЗМЕРА ПРИ ЦЕНТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА

Ремов П.С., Олизарович М.В., Проухо А.С.

*Гомельский государственный медицинский университет,
Гомельская областная клиническая больница*

Актуальность. Гипертрофия и фиброз желтой связки занимают важное место в патогенезе дегенеративно-дистрофического стеноза позвоночного канала и приводят к возникновению одно или двухсторонней корешковой симптоматики [1]. В рентгенологии принято считать желтую связку гипертрофированной в случае ее утолщения свыше 4 мм [2]. В тоже время опубликованы данные о том, что толщина данной анатомической структуры не во всех случаях имеет связь с клиническими проявлениями [3].

В современной рентгенологии существует понятие межсуставной связочный размер — расстояние между внутренними поверхностями желтой связки, измеренное по линии, проходящей через центр щели фасеточных суставов. Согласно данным зарубежного источника для сегмента L_{III}-L_{IV} межсуставной связочный размер должен составлять не менее 10 мм, для L_{IV}-L_V — не менее 12 мм, для L_V-S_I не менее 13 мм [4].

Цель. Оценка диагностической значимости толщины желтой связки и межсуставного связочного размера при дегенеративно-дистрофическом стенозе позвоночного канала.

Методы исследования. В ходе исследования проведен анализ протоколов рентгеновской компьютерной томографии (РКТ) 51 пациента, оперированного в нейрохирургическом отделении № 1 учреждения «Гомельская областная клиническая больница» в 2014-2016 гг. Измерения проводились в следующих позвоночно-двигательных сегментах (ПДС): L_{III}-L_{IV}, L_{IV}-L_V, L_V-S_I. Таким образом, проанализировано 153 ПДС.