

ства койко-дней и увеличению случаев клинического выздоровления применение сорбента привело к существенному уменьшению затрат на эффективное лечение каждым пациентом по сравнению с пациентами, которые лечились без препаратов на основе нанокремнезёма

Ключевые слова: хронические дерматозы, Силикс, фармакоэкономика, эфферентная терапия.

Bondar S.A., Lutsyuk M.B., Kachula S.O.

ECONOMIC ESTIMATION OF THE EFFICACY OF THE SORPTION METHOD OF EFFECTIVE THERAPY WITH INCLUSION OF THE NANO-SILICON PREMISES IN PATIENTS WITH CHRONIC DERMATOSIS

Summary. Inclusion of the preparation of the nano-silicon nature of Silix in the complex therapy slightly increases the cost of course treatment for patients with psoriasis and atopic dermatitis. However, due to a reduction in the number of bed days and an increase in cases of clinical recovery, the use of the sorbent resulted in a significant reduction in the cost of effective treatment in each patient compared to patients treated without drugs based on nano-silicon.

Key words: chronic dermatoses, Silix, pharmacoeconomic, efferent therapy.

Рецензент - д.мед.н., проф. Денисенко О.І.

Стаття надійшла до редакції 20.06.2017р.

Бондар Сергій Анатолійович - д.мед.н., проф., зав. кафедри шкірних та венеричних хвороб Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова; +38(067)2808636; vsmuderm@mail.ru

Луцюк Микола Борисович - д.мед.н., проф. кафедри біологічної та загальної хімії Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова; +38(068)1109374; lumb@i.ua

Качула Сергій Олександрович - к.мед.н., доц. кафедри біологічної та загальної хімії Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова; +38(093)3034083

© Кізлова Н.М., Комар О.М., Трилевич О.Д.

УДК: 616.34-002.44+616.342-002;616-0,82(477.44)

Кізлова Н.М., Комар О.М., Трилевич О.Д.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

ОСОБЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАНOSTІ, ПОШИРЕНOSTІ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ СЕРЕД РІЗНИХ ВЕРСТВ НАСЕЛЕННЯ З АНАЛІЗОМ ОСНОВНИХ ПОКАЗНИКІВ НАДАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У ВІННИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ ТА УКРАЇНІ

Резюме. Медико-статистичним методом досліджено та наведено результати параметрів захворюваності, поширеності виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки з аналізом основних показників надання допомоги таким пацієнтам загалом по Україні та у Вінницькій області, зокрема, в динаміці за п'ять років (2009-2013 рр.).

Ключові слова: виразкова хвороба шлунка, дванадцятипалої кишки, поширеність, захворюваність.

Вступ

Виразкова хвороба (ВХ) займає провідне місце у загальній структурі захворювань органів травлення, співвідношення виразки шлунку та дванадцятипалої кишки дорівнює 1:4 [6]. Нею страждають 6,0-10,0 % населення розвинених країн, а смертність коливається від 6 до 9,7 на 100 тис. населення. Для України характерною є висока захворюваність та частота рецидивування (20-25 %), у порівнянні з європейськими країнами [3]. Щорічно вперше ВХ діагностується у 70 тис. осіб, при цьому кожен другий лікується в стаціонарі. Зростає кількість пацієнтів, у тому числі працездатного віку, які потребують профілактики, медичної допомоги, реабілітації в амбулаторно-поліклінічних, стаціонарних та позалікарняних умовах [5]. Частота хірургічних втручань з приводу виразкової хвороби знижується завдяки патогенетичній терапії, проте рівень медико-соціальної реабілітації пацієнтів з виразковою хворобою залишається на досить низькому рівні [2]. Ситуація ускладнюється

з огляду на те, що за даними ВООЗ, 50 % хворих не виконують рекомендації лікаря, 70 % роблять це свідомо, 60 % не можуть вчасно їх дотримуватися, при тому, що у 58 % випадків контроль з боку медичного персоналу відсутній [1]. Не зважаючи на те, що ризик малігнізації можливий у 2 % хворих [7], ефективність надання медичної допомоги залишається недостатньою - лише 20 % [4] пацієнтів з виразковою хворобою шлунка та дванадцятипалої кишки охоплені медичними послугами комплексно, у 8 % - досягається клінічний ефект. Це змушує шукати шляхи покращення результатів лікування цієї категорії хворих.

Метою нашого дослідження було проаналізувати основні параметри захворюваності, поширеності виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки серед різних верств населення у Вінницькій області у порівнянні із загальноукраїнськими; вивчити основні показники надання медичної допомоги таким хворим.

Матеріали та методи

В основу даного дослідження було покладено узагальнену медико-статистичну інформацію зі звітних форм лікувально-профілактичних закладів Вінницької області за 2009-2013 рр. Для аналізу вивчались відносні величини. Статистичні коефіцієнти розраховані на 100 тисяч відповідного населення. Матеріалами для вивчення слугували наступні звітні форми: "Звіт про причини інвалідності, показання до медичної, професійної, соціальної реабілітації" (n=116); "Звіт про захворювання зареєстровані у хворих, які проживають в районі обслуговування лікувально-профілактичного закладу" (n=136); "Звіт лікувально-профілактичного закладу" (n=136); карти стаціонарного хворого (n=400);

амбулаторні карти хворих (n=400), карти хворих, які вибули зі стаціонару (n=400).

Результати. Обговорення

Відповідно до програми дослідження подаємо дані вивчення динаміки захворюваності й поширеності виразкової хвороби шлунку і дванадцятипалої кишки серед дорослого населення Вінницької області, а також основних показників надання їм медичної допомоги в порівняльному аспекті з відповідними відомостями в цілому по Україні за 2009-2013 роки в контексті обраного напрямку наукового дослідження. Встановлено, що поширеність виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки у Вінницькій області має

особливості, які полягають у вищих ніж в країні її рівнях серед усіх верств населення, при щорічному удвічі інтенсивнішому зменшенні (рис. 1, 2).

Слід зазначити, що за 2009-2013 рр. зниження рівня поширеності не стосувалося сільських жителів області, серед яких він, навпаки, зріс на 30%. У результаті за величиною показників виділяються непрацездатні сільські мешканці та чоловіки (у 2013 р. по області: непрацездатні - 3 759,6 проти 2 386,1 працездатних; сільські - 3 990,7 проти 2 787,0 міських; чоловіки - 3 392,4 проти 2 481,2 жінок; по Україні: 3 495,2 проти 2 284,8; 2 528,6 проти 2 777,4; 3 268,9 проти 2 235,0 на 100 тис. населення відповідно).

Особливого значення набувають дані вивчення показників захворюваності у повіковому аспекті.

Незважаючи на загальну тенденцію до зменшення захворюваності на виразкову хворобу серед усіх верств населення України і, зокрема, Вінницької області, привертає увагу високий її рівень серед осіб працездатного віку (у 2013 р. : 140,2 в

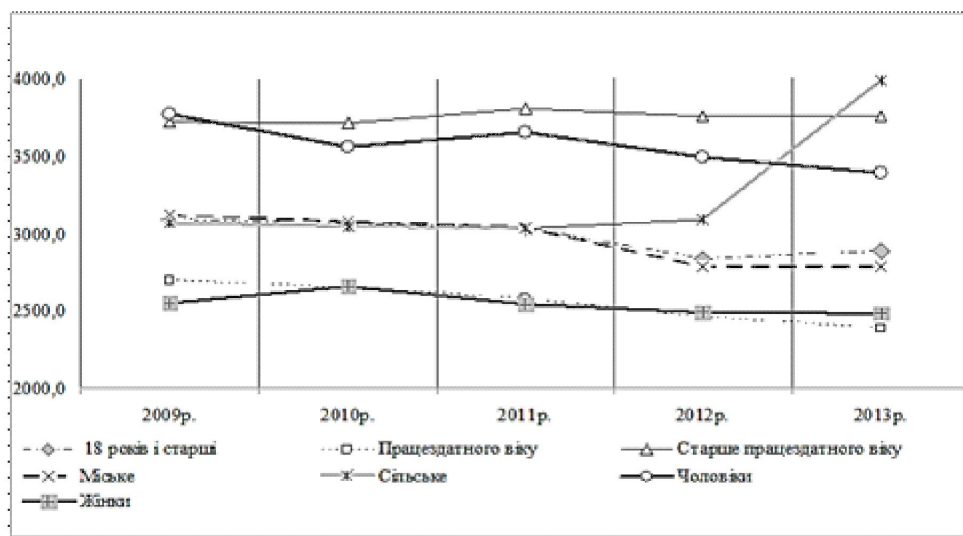


Рис. 1. Динаміка рівнів поширеності ВХШ та ДПК серед різних верств дорослого населення Вінницької області (на 100 тис. населення).

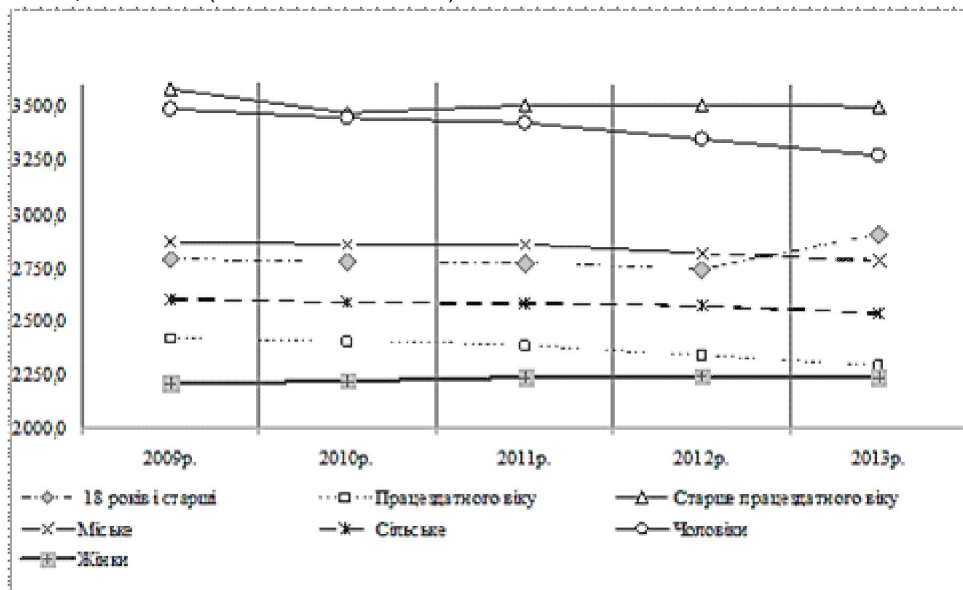


Рис. 2. Динаміка рівнів поширеності на ВХШ та ДПК серед різних верств дорослого населення України (на 100 тис. населення).

області і 132,6 по країні проти 114,0 і 129,4 серед пенсійного віку на 100 тис. відповідно), осіб чоловічої статі (143,4 проти 126,1 - серед жіночого та 155,1 проти 114,1 відповідно). При цьому характерно, що темпи зменшення нижчі серед працездатного населення, що підтверджує і подальшу перевагу їх у загальній когорті. Так, в області на 17,2 % проти 19,2 % серед непрацездатного, в Україні на 19,2 % проти 6,0 % відповідно і, як видно, на відміну інтенсивніше зменшується рівень вперше захворівших у працездатному віці. Подібними до поширеності встановлені особливості захворюваності за місцем проживання. В Вінницькій області її показники серед сільського населення кожен

рік вищі, ніж серед міських жителів. Так, у 2013 р. вони дорівнювали 124,0 та 110,4 відповідно, у 2009 р. - 162,7 та 158,4 відповідно; темп зниження становив 23,8 % та 30,3 %. Тобто, інтенсивність зменшення захворюваності перевищує серед міських жителів на тлі більших величин показників в сільській місцевості. Загалом по Україні картина дещо інша - переважає захворюваність серед міського населення. Зокрема, у 2013 р. рівень їх був 135,2 проти 126,7 серед сільського, у 2009 р. - 159,1 проти 153,3; темп зменшення 15,0 % та 17,4 % відповідно (рис. 3).

Вимальовується категорія населення (працездатне, особи чоловічої статі, сільські жителі), які вимагають

окремої уваги при удосконаленні не тільки медичних, але й організаційних заходів щодо забезпечення дієвої профілактики, доступності, адекватності медичної допомоги. Ще варто звернути увагу на таку ознаку як переважання інтенсивності зменшення рівнів захворюваності над поширеністю, що свідчить на накопичення хворих як в області, так і в Україні.

Звідси зростає актуальність їх оздоровлення з тим, щоб уникнути ускладнень, зменшити рецидивування, що вимагає обґрунтованих заходів і відповідає меті роботи. Вище викладене мотивувало провести порівняльний аналіз основних показників діяльності служби в контексті допомоги хворим на ВХ в Україні та Вінницькій області, зокрема.

Виявлено, що впродовж усіх років вивчення спостерігався достатньо високий рівень забезпечення активним наглядом хворих на ВХШ та ВХДК в Україні та Вінницькій області, зокрема. При достатньо високих показниках забезпечення диспансерним

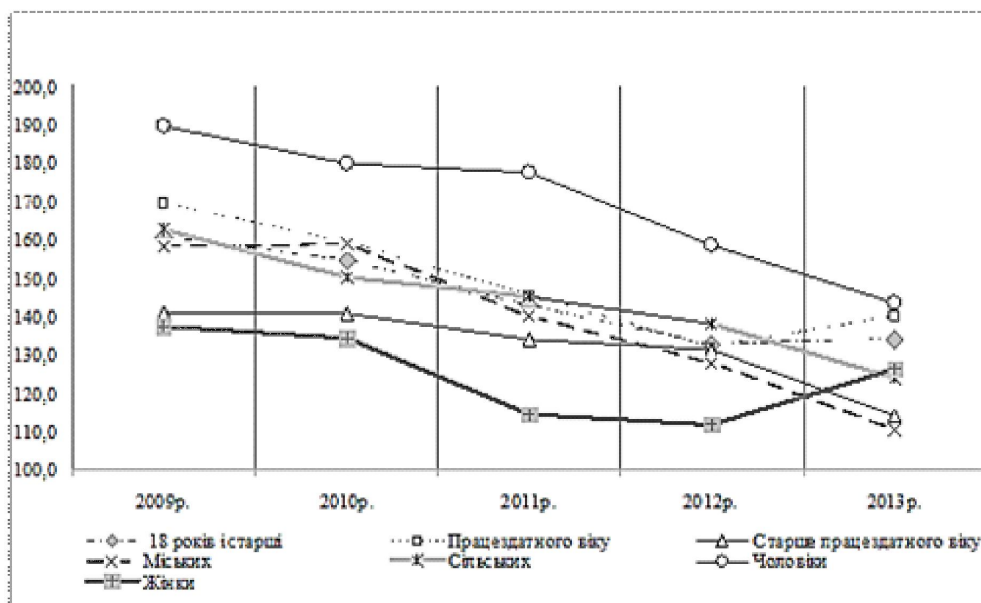


Рис. 3. Динаміка рівнів захворюваності на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки серед різних верств дорослого населення Вінницької області (на 100 тис. населення).

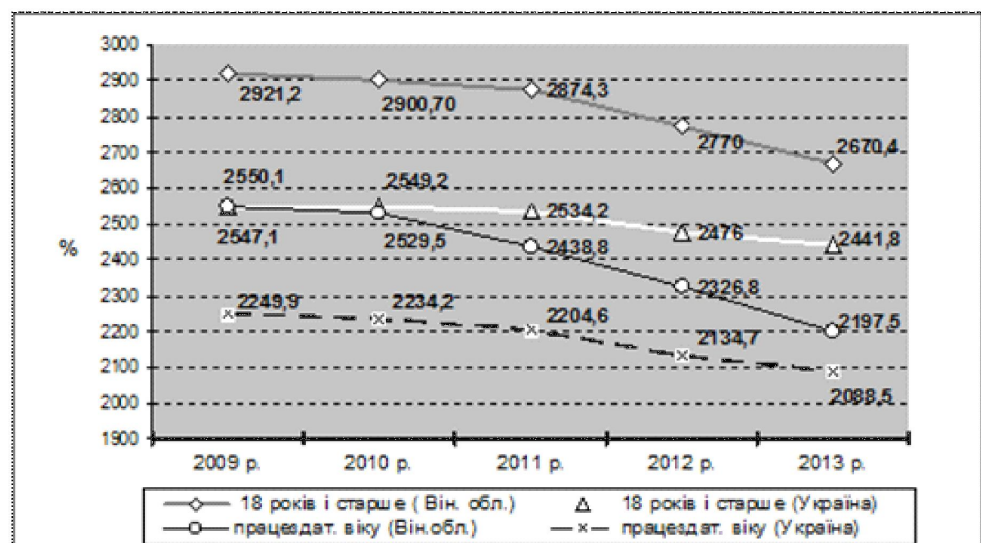


Рис. 4. Динаміка рівня забезпеченості диспансерним наглядом хворих на ВХШ та ДІ ІК серед дорослого населення, в тому числі працездатного віку, у Вінницькій області та в Україні (на 100 тис. відповідного населення).



Рис. 5. Динаміка виписаних хворих на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки і проведених ними ліжко/днів у стаціонарах Вінницької області.

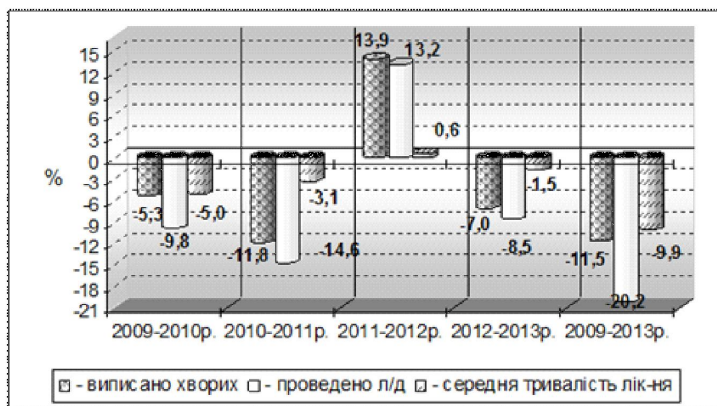


Рис. 6. Темп динаміки виписаних хворих на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки, проведених ними ліжко/днів та середньої тривалості госпіталізації у Вінницькій області.

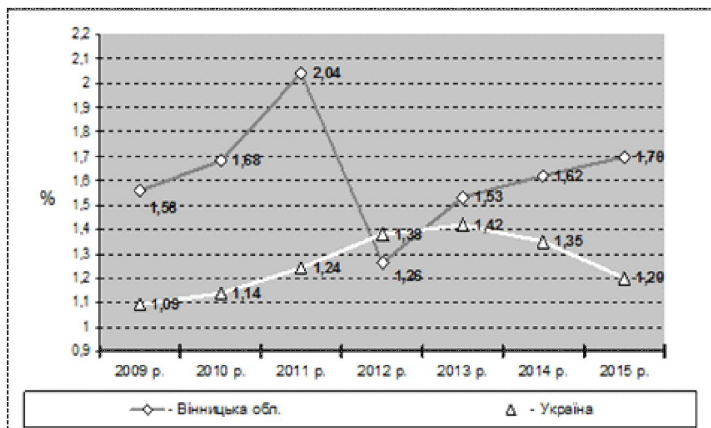


Рис. 7. Динаміка летальності хворих на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки серед населення Вінницької області та України (2009-2015 рр.).

наглядом хворих на ВХШ та ВХДК в області та у цілому по Україні за 5 років достовірно зменшився відсоток охоплення спостереженням з 94,4±0,1 % до 92,4±0,2 % у 2013 р. по області та 91,7±0,03 % до 90,4±0,09 % відповідно по Україні, на 8,6 % зменшився його рівень по області - до 2670,4 на 100 тис. та на 4,2 % до 2441,8

відповідно (рис. 4). Для працездатної категорії характерні нижчі величини показників у всі роки та інтенсивніше їх зменшення. Тобто, зазначена динаміка негативно відбивається на стані здоров'я працездатного населення.

Далі проаналізуємо показники діяльності стаціонарної допомоги. Встановлено, що за 2009-2013 рр. у Вінницькій області щорічно отримували стаціонарну допомогу 2280±137 хворих на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки (по Україні 74207±7045), на що припадало 24275±2267 ліжко/днів (рис. 5).

За період дослідження в області зменшилися: рівень госпіталізації хворих на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки (на 11,5 %, з 15,93 в 2009 р. до 14,10 на 10 тис. населення в 2013 р.); загальна кількість ліжко-днів (на 20,2 %; по Україні на 28,0 %), і звернемо, водночас, увагу на факт зростання показників на 18,2 % по області з 2013 р. по 2015 р. до 26369, тоді як по Україні вони продовжували ставати меншими (на 1,4 %).

Відмітимо далі, що темп зменшення кількості проведених ліжко/днів випереджає темп зменшення пролікованих хворих, що подібним чином відбивається на середньому терміні перебуванню в стаціонарі).

Середній термін перебування в стаціонарі став меншим на 9,9 % до 10,22 днів, по Україні на 5,7 % до 11,62 днів відповідно. Варто звернути увагу на ситуацію останніх двох років, яка відрізняється від попередніх. А саме: на 27,4 % збільшилось госпіталізованих пацієнтів (до 2 783 у 2015 р.) при тому, що приріст проведених днів лікування був меншим (18,2 %) і у 2015 р. загальна кількість їх дорівнювала 26 369 днів. Таке співвідношення логічно проявилось продовженням зменшення середнього ліжко/дня, яке на вказаний час становило 9,48 днів (рис. 6).

Одним із провідних показників якості надання допомоги на амбулаторному та стаціонарному етапах є показники хірургічного лікування (число операцій на 10 тис. населення та післяопераційна летальність).

Кількість прооперованих в Україні і області зменшилася (на 13,7 % та 20,8 % відповідно) до 2,59 та 1,98 на 10 тис. у 2013 р., за величиною показника в області виділялися сільські жителі - 2,3.

За п'ять років відсоток їх у структурі вірогідно зріс: з 45,1±2,7 % у 2009 р. до 53,2±3,0 % (p<0,05). Загалом по Україні ситуація відрізняється тим, що на зазначену категорію хворих стабільно припадає третя частина (у 2009 р. - 29,1±0,4 %, у 2013 р. - 28,7±0,4 %).

Важливим показником результативності наданої допомоги є летальність. Її динаміка в контексті із середньоукраїнським показником подана на рисунку 7. Показники летальності були вищими за середньоукраїнські, мали тенденцію до зростання, особливо за два останні роки (2014, 2015 рр.) з 1,53 % до 1,7 %, тоді як по Україні вони зменшились з 1,42 % до 1,20 %. Водночас, післяопераційна летальність зросла інтенсивніше в області (з 2,98 % до 4,18 % у 2013 р. проти з 3,8 % до 3,88 % в Україні відповідно), що більшою мірою пов'язано із несвоечасною госпіталізацією, запущеними випадками, появою ускладнень.

З даних рисунку 7 видно, що, незважаючи на мезоциклічний характер величин показників в області та Україні за роками, вони повсюди вищі, ніж усереднені по країні, мають тенденцію до зростання і перебували в межах від 1,26 % у 2012 р. до 1,53 % у 2013 році.

Така динаміка насторожує і потребує прийняття рішень по зміні ситуації, особливо якщо врахувати дані 2015 р., в якому показник становив 1,70 % проти 1,53 % у 2013 р. (+11,1 %), в той час як загальноукраїнський, навпаки, був меншим на 15,5 % і дорівнював 1,20 %. Доповнимо наведені відомості інформацією щодо хірургічної допомоги хворим на ВХШ та ВХДК. При тому, що кількість прооперованих зменшується в Україні і області, зокрема (на 13,7 % та 20,8 % відповідно), до 2,59 та 1,98 на 10 тис. населення відповідно у 2013 р. (в абсолютних величинах до 9580 з 11339 у 2009 році та до 263 з 339 відповідно), треба наголосити на високих показниках прооперованих в області сільських жителів (у 2009 р. 2,6 проти 2,5 обласний рівень у 2013 р. 2,3 проти 1,98 на 10 тис. відповідно). За таких умов особливої уваги потребує зростання показника післяопераційної летальності. По області цей процес суттєво інтенсивніший і з 2009 р. по 2013 р. показник зріс на 29,0 % проти 2,1 % по країні і дорівнював 4,18 % проти 3,88 % відповідно.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Серед усіх верств населення області показники поширеності ВХШ та ВХДК вищі за середньоукраїнські і, за роки вивчення, зменшуються з різною інтенсивністю, за винятком сільських жителів, серед яких рівень зріс на 30 %; у результаті за величиною показників виділяються непрацездатні, сільські мешканці та чоловіки.

2. При достатньо високих показниках забезпечення диспансерним наглядом хворих на ВХШ та ВХДК по області та Україні за 5 років відбулося достовірне зменшення відсотка охоплення спостереженням, на 8,6 % став меншим його рівень по області та на 4,2 % по Україні. Для працездатної категорії характерні нижчі величини показників в усі роки та інтенсивніше їх зменшення.

3. Щорічно у Вінницькій області стаціонарну допомогу отримує $2\,280 \pm 137$ хворих на ВХШ та ВХДК, на що припадає $24\,275 \pm 2267$ ліжок/днів, за 5 років показники зменшились на 11,5 %, водночас, на 9,9 % скоротився середній термін госпіталізації до 10,22 днів (середньоукраїнський на 5,7 % до 11,62 днів), показники летальності вищі за середні по країні, мають тенденцію до зростання, тоді як по Україні стали меншими.

4. Кількість прооперованих в Україні і області зменшилась (на 13,7 % та 20,8 % відповідно), за величиною показника в області виділяються сільські жителі, проте, водночас, зростає післяопераційна летальність інтенсивніше в області і у 2013 р. досягла 4,18 % та 3,88 % відповідно.

В подальшому ми будемо проводити моніторинг динаміки поширеності та захворюваності виразкової хвороби шлунку і дванадцятипалої кишки, що дасть змогу аналізувати та покращувати якість надання медичної допомоги хворим із даною патологією.

Список посилань

1. Богомаз В. М., Горох, Є. Л., Ліщишина, О. М., Новічкова, О. М., Росс, Г. (2010). Індикатори якості медичної допомоги і їх роль в управлінні здравоохранением. *Український медичний часопис*, 1, 7-13.
2. Вархушев, Я. М., Ефремова, Л. И., Ефремова, В. А. (2008). Язвенная болезнь: особенности течения на современном этапе и прогноз на ближайшие годы. *Терапевтический архив*, 2, 26-29.
3. Державний комітет статистики України. (2012). *Статистичний щорічник України, 2011 рік: статистичний збірник*. Київ.
4. Кречотень, О. М., Черешнюк Г. С. (2014). *Диспансеризація в діяльності лікаря та медичного закладу*: навч. посібник. Вінниця: Нілан-ЛТД.
5. Кречотень, О. М. (2012). Порівняльний аналіз показників захворюваності працюючого населення у часовому та просторовому вимірах. *Актуальні питання експериментальної, клінічної та профілактичної медицини*, Матеріали 3-го міжнар. наук.-практ. конференції. Вінниця: ВМУ ім. М.І. Пирогова.
6. Лазоришинець, В. В., Лісневська, Н. О., Ковальчук, Л. Я., Слабкий, Г. О., Голубчиков М. В., Дячук, Д. Д. & Шипко, А. Ф. (2014). *Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи*: спеціалізоване видання. Київ: МП "Леся".
7. Федоренко, З. П., Михайлович, Ю. Й., Гулак, Л. О., Горох, Є. Л., Рижов, А. Ю., Сумкіна, О. В., Куценко, Л. Б. (2013). (Ред. Щепотін, І. Б.). *Рак в Україні, 2011-2012. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. Бюлетень національного канцерреєстру України*, 14, 7-8.

Кизлова Н.Н., Комар Е.Н., Трилевич А.Д.

ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И РАСПРОСТРАНЁННОСТИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ СРЕДИ РАЗНЫХ СЛОЕВ НАСЕЛЕНИЯ С АНАЛИЗОМ ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОКАЗАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ВИННИЦКОЙ ОБЛАСТИ И УКРАИНЕ

Резюме. Медико-статистическим методом исследовано и приведено результаты параметров заболеваемости, распространенности язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки с анализом основных показателей оказания помощи

таким пациентам в целом по Украине и в Винницкой области, в частности, в динамике за пять лет (2009-2013 гг.)

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка, двенадцатиперстной кишки, распространенность, заболеваемость.

Kizlova N.M., Komar O.M., Trylevych O.D.

FEATURES OF MORBIDITY AND PREVALENCE OF A PEPTIC ULCER OF STOMACH AND DUODENUM AMONG THE POPULATION WITH THE ANALYSIS OF THE MAIN INDICATORS OF THE PROVIDED MEDICAL AID IN VINNYTSYA REGION AND UKRAINE

Summary. Parameters of morbidity and prevalence of a peptic ulcer of a stomach and duodenum were investigated with the medical-statistical method, with the analysis of the main indicators of the provided medical aid for these patients in Ukraine and Vinnytsia region in the dynamics of five years (2009-2013).

Key words: peptic ulcer of stomach and duodenum, morbidity, prevalence.

Рецензент - д.мед.н., проф. Германюк Т.А.

Стаття надійшла до редакції 27.08.2017 р.

Кізлова Наталія Миколаївна - к. мед. н., асистент кафедри соціальної медицини і організації охорони здоров'я Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова; +38(097)2973221; gastrovokl@gmail.com; admission@vnmu.edu.ua
Комар Олена Миколаївна - д.мед.н, проф. кафедри соціальної медицини і організації охорони здоров'я Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова; +38(097)4824825, olenakrekoten77@gmail.com
Трилевич Олександра Дмитрівна - лікар-інтерн зі спеціальності "Терапія", ВОКЛ ім. М.І.Пирогова; +38(093)6081678; floydcoct@gmail.com

© Рудавка С.І.

УДК: 613. 816(477):61

Рудавка С.І.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНІ ПРОБЛЕМИ АЛКОГОЛІЗМУ В УКРАЇНІ ТА ЙОГО ВПЛИВ НА ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ

Резюме. У статті розглянуто стан алкоголізму в Україні, показано його вплив на здоров'я людини, визначені соціально-економічні збитки від алкоголізму та накреслені заходи його подолання.

Ключові слова: алкоголізм, здоров'я, тривалість життя, соціально-економічні збитки, антиалкогольні заходи.

Постановка проблеми та її зв'язок з важливими науковими і практичними завданнями. За оцінками експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), 50-55 % здоров'я населення залежить від соціально-економічних умов та способу життя людей [24]. Важливим елементом його є шкідливі звички - алкоголізм, тютюнопаління, вживання наркотиків [33]. Серед них основним чинником виникнення серцево-судинних, судинно-мозкових, онкологічних та інших захворювань виступає алкоголізм. Зловживання алкоголем, за даними ВООЗ, є третьою за частотою (після серцево-судинних і онкологічних захворювань) причиною смертності у сучасному світі. Алкоголіки і п'яниці живуть в середньому на 15-20 років менше, ніж непитущі люди. Тільки 25 % алкоголіків долають 50-річний рубіж [13]. Тому сьогодні важливим є визначення широкого кола заходів, спрямованих на недопущення зловживання алкогольними напоями в глобальному масштабі та подолання алкоголізму.

Дослідженням даної проблеми на сучасному етапі займаються такі науковці, як Батиргареева В.С., Дахова Л.В., Дорогой А.П., Кукин І., Линник С., Малишев В., Поліщук М.Є., Шаповал А., Шевченко А., Углов Ф.Г., Унгурия П.

Метою статті є аналіз стану алкоголізму в Україні, його впливу на здоров'я людини, визначити соціально-економічні збитки від цієї пагубної звички, накреслити за-

ходи по скороченню споживання алкогольних напоїв та попередженню і недопущенню алкоголізму.

Виклад основного матеріалу дослідження з обґрунтуванням одержаних результатів. Відповідно Міжнародній класифікації хвороб ВООЗ алкоголізм - це стан (психічний та, звичайно, також і фізичний), що виникає у результаті споживання алкоголю та характеризується постійною чи періодичною потребою у ньому [13]. Алкоголізм пов'язаний з пияцтвом, яке проявляється переважно в частому і надмірному вживанні алкоголю та є передумовою хвороби, підґрунтям, на якому розвивається власне алкоголізм. Хворий алкоголізмом готовий на все заради отримання алкоголю, незважаючи на негативні наслідки його споживання для себе чи оточуючих.

Пияцтво та алкоголізм мають свою давню історію. Люди дізналися про їх негативні наслідки не менш ніж за 8 000 років до нашої ери. Поява керамічного посуду епохи неоліту дала можливість виготовляти і зберігати алкогольні напої з меду, плодових соків і дикого винограду. Алкогольні напої застосовувалися під час релігійних церемоній. А свята на честь бога вина і веселощів Вакха у римлян відомі як повальне пияцтво, що супроводжувалося "вакханалією" [1]. Мудреці, вчені в усі часи розвитку людського суспільства вказували на цю соціальну ваду. Відомий російський невролог, морфолог і